PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH,

ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYR. W PETERSBURGU,
TOW. LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT,
CZASOWO WYDAWANY TAKŻE W ZASTĘPSTWIE „LWOWSKIEGO
TYGODNIKA LEKARSKIEGO“, ORGANU TOW. LEKARSKIEGO
LWOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH
KRÓLESTWA POLSKIEGO

REDAKTOR GŁÓWNY:

PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.

TOM LV — 1916.

KRAKÓW,
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO
1916.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie LV „Przeglądu lekarskiego".

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

Klecki Karol (Kraków): O znużeniu 1, 25, 46.

Lewkowicz (Kraków): O leczeniu nagminnego zapalenia opon dokomorowemi i namózgowemi wstrzykiwaniami surowicy swoistej. (Z kliniki pedyatr. U. J.) 4. 21.

Zubrzycki (Kraków): O włókniakach sromu. (Z klin. położn. ginek. U. J.) 8.

Rosenhauch (Kraków): O wrzodzie pełzającym rogówki i jego nowoczesnem leczeniu. (Z oddz. ocz. kraj. szpit. św. Łazarza w Krakowie). 10.

Rydygier L. (Berno): Nowy sposób przeszczepiania skóry zamiast reamputacyi przy wystającym kikucie kostnym po t. zw. linijnej amputacyi uda 29.

Radliński (Kraków): Doświadczenia z chirurgii wojennej 30.

Radwańska (Kraków): Wrodzone zupełne wypadnięcie macicy u noworodka z rozszczepieniem kręgosłupa. (Z klin. poł. gin. U. J.) 33.

Friedberg (Brody): W sprawie rozróżniania ospy prawdziwej i ospy wietrznej 51.

Olbrycht (Kraków): O modyfikacyi odczynu dyalizacyjnego Abderhaldena. (Z zakł. med. sąd. U. J.) 56.

Blassberg (Kraków): Dodatnia hodowla i aglutynacya bakteryi durowych przy gruźlicy prosówkowej. (Z c. i k. szpit. epid. Nr 1 w Krakowie). 58.

Schlank (Kraków): Dwa przypadki samorodnego pęknięcia pęcherza przy równoczesnem pęknięciu macicy. (Z klin. poł. gin. U. J.). 60.

Rydygier L. (Berno): Uproszczony przyrząd do zakładania opatrunków gipsowych z wyciągiem 69.

Dłuski K. (Zakopane): O sztucznej odmie piersiowej 70, 100.

Starkiewicz Sz. (Dąbrowa): Choroba Heine-Medina czyli nagminne rdzeniowe porażenie dziecięce 72, 104.

Ożga J. (Kraków): O uszkodzeniach postrzałowych kręgosłupa. (Z c. i k. szpit. garn. w Krakowie). 74.

Türschmid W. (Nowy Targ): Rzadki przypadek niedokształcenia części płciowych kobiecych. (Ze szpit. powsz. N. Targ). 75.

Glassner R. (Kraków): Uwagi co do sposobu pojmowania i oceniania przypadłości sercowych u żołnierzy w obecnej wojnie. (Ze szpitala fort. Nr 2 w Krakowie). 76.

Rydygier L. (Berno): O leczeniu złamań postrzałowych uda 93.

Sokołowska H. (Kraków): O wartości praktycznej metod badania chemizmu żołądka bez użycia zgłębnika. (Z oddz. wewn. szpit. św. Łazarza w Krakowie). 97.

Ciechanowski St. (Kraków): Niebezpieczeństwo społeczne chorób wenerycznych 125.

Łukasiewicz W. (Lwów): Sprawa zwalczania chorób płciowych 128.

Reiss W. (Kraków): O najważniejszych wskazaniach leczniczych w przebiegu wiewióra ostrego i podostrego 135.

Rosner A. (Kraków): Kilka praktycznych uwag o wiewiórze u kobiet i dziewcząteк 140.

Krzyształowicz F. (Kraków): Krótki zarys współczesnego leczenia kiły 145.

Majewski K. (Kraków): O wiewiórowych i kiłowych schorzeniach narządu wzrokowego 148.

Nitsch R. (Kraków): Najpraktyczniejsze sposoby badania drobnowidowego dwoinek wiewiórowych i krętków bladych 152.

Dziembowski Z. (Poznań): O stosowaniu arthigonu przy wiewiórowem zapaleniu stawów 154.

Rosner A. (Kraków): Etyologia wypadnięcia narządów płciowych kobiecych a badanie ginekologiczne. (Z klin. poł. gin. U. J.). 166.

Ostrowski T. (Lwów): O wpływie podwiązywania tętnicy płucnej na płuco i o jego znaczeniu leczniczem. (Z klin. chir. i zakł. anat. patolog. U. L.). 169, 189, 200, 213.

Gluziński A. (Lwów): Okres wylęgania duru plamistego. (Z oddz. wewn. II szpit. powsz. we Lwowie). 185.

Korczyński L. (Sarajewo): Choroba Dercuma. (Z oddz. chor. wewn. szpit. kraj. w Sarajewie). 186.

Poliwka K. (Stanisławów): Wiewiórowe zwężenia czasowe 192.

Hornowski J. (Lwów): O zmianach w gruczołach wewnętrznego wydzielania u umysłowo chorych, zmarłych bez widocznej przyczyny. (Z pracowni anatomopatol. zakł. dla umysł. chorych w Kulparkowie). 198, 216, 223.

Dziewoński W.: Spostrzeżenia dotyczące cholery w r. 1915. 202, 219, 226.

Piotrowski A. (Berlin): O wczesnem rozpoznaniu porażenia postępującego 210.

Warchoł L. (Lwów): Alkohol i wydzielanie soku żołądkowego. (Z zakł. farmakol. U. L.). 221.

Poliwka K. (Stanisławów): Poronne leczenie dymienic elektrargolem 231.

Węgrzynowski L. (Lwów): W sprawie leczenia tężca siarczanem magnowym. (Z oddz. chor. wewn. i zakaź. c. i k. woj. szpit. w Bernie morawskiem). 233.

Demianowski H. (Kulparków): Przypadek twardziny skóry powikłany otępieniem wczesnem. (Z kraj. zakł. dla obłąkan. w Kulparkowie 234.

Herman M. W. (Lwów): O zakażeniach wznawiających się 245.

Morawski J. (Kochanówka): Objawy gorączkowe w przebiegu porażenia postępującego. (Z zakł. dla umysł. chorych w Kochanówce). 246.

Moraczewski W. i Lindner E. (Linz): Wydzielanie składników mineralnych i kwasu mlecznego w zapaleniu opon mózgowordzeniowych. (Ze szpit. garniz. Nr 4 w Lincu n. Dunajem). 249.

Kięsk A. (Kraków): Podmiotowe wrażenia amputowanych. (Z oddz. chir. gł. szpit. rezerw. w Krakowie) 251.

Lenartowicz J. (Lwów): W sprawie oddziału kiłowoskórnego w szpitalu lwowskim i zwalczania chorób wenerycznych w kraju. (Z oddz. kiłowoskórn. dla kobiet we Lwowie). 252, 265.

Ożga J. (Kraków): O uszkodzeniach kości długich przez postrzały. (Z II. oddz. chir. szp. garniz. w Krakowie). 257.

Moraczewski W. i Herzfeld E. (Zurych): O wydzielaniu niektórych składników moczu w chorobach wątroby. (Z klin. chor. wewn. Prof. Eichhorsta w Zurychu). 261.

Nowaczyński J. I. Wydzielanie kwasu moczowego w niektórych chorobach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.
II. Wpływ niektórych wyciągów gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na wydzielanie kwasu moczowego.
(Z klin. chor. wewn. U. J.). 269, 283.

Szafnicki M. (Sternberg): O zapaleniu ziarnistem spojówki. (Ze szpit. jagliczego w Sternbergu Morawskim). 271, 286.

Poliwka K. (Marmarosz-Sziget): Zapalenie pryszczykowe cewki moczowej (urethritis phlyctaenulosa) 275.

Kaczorowski B. i Mosler M.: Pierwszy epidemiczny szpital ruchomy Galic. Czerwonego krzyża dla zwalczania chorób zakaźnych 289, 303.

Herman M. W. (Lwów): O ranach postrzałowych czaszki i mózgu 293.

Hahn F.: O leczeniu ran postrzałowych brzucha na stacyach opatrunkowych 297.
Wachtel H. (Wiedeń): Doświadczenia rentgenologii wojennej. (Z głównego zakł. rentg. szpit. powsz. w Wiedniu). 299.
Eiger M. (Berno Szw.): Doświadczalne badania choroby Basedowa 302.
Blassberg M. (Kraków): W sprawie żółtaczki epidemicznej. (Z c. i k. wojsk. szpit. epidem. Nr 2, Kraków-Łobzów). 305.
Łukasiewicz W. (Lwów): Choroby płciowe a młodzież 307.

II. Sprawozdania poglądowe.

Missona K. (Kiel): Toczeń, jego znaczenie i zwalczanie 109.

III. Oceny.

Fizyologia człowieka (dzieło zbiorowe) 14. — Dr Salpeter: Einführung in die höhere Mathematik für Naturforscher und Ärzte 265. — Kalendarz lekarski krakowski na r. 1917. 275. — M. Pl. Čačković: Kako da pomognemo našim ratnim invalidima 308. — Anatomia opisowa, według wykładów Dr E. Lotha napisali kand. med. W. Koskowski i K. Tyszka i słuch. med. S. Bogusławski 309. — Loth E.: Wskazówki do preparowania anatomicznego narządów wewnętrznych. 309.

IV. Piśmiennictwo bieżące (Streszczenia).

35, 61, 80, 112, 157.

V. Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

115, 174.

VI. Zyciorysy.

Dr Eugeniusz Borzęcki 42. — Prof. Dr Stanisław Domański 45.— Karol Benni 66. — Jan Gawlik 67. — Wacław Mayzel 119. — Teodor Borysowicz 120. — Henryk Fidler 120. — Konrad Dobrski 120. — Józef Krzyszkowski 120. — Prof. Dr. Przemysław Pieniążek 166. — Prof. Dr Władysław Reiss 209. — Józef Peszke 244.

VII. Zjazdy naukowe.

II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Król. pols. w Lublinie 118, 174.

VIII. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie 16, 39, 83.
„ „ Zagłębia Dąbrowskiego 40.
„ „ lwowskie 63.
„ „ łódzkie 64.
„ „ lubelskie 116.
„ „ w Chicago 117.
„ „ warszawskie 192, 205.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna. Higiena społeczna. Epidemiologia.

89, 160, 175, 205, 240, 254, 267, 276.

XI. Wiadomości bieżące.

W każdym numerze.

XII. Bibliografia.

Co miesiąc, zawiera tytuły prac oryginalnych, pomieszczonych we wszystkich czasopismach lekarskich polskich.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdawczych.

(Liczba pochyła oznacza artykuł oryginalny).

Abazya 39. — Adrenalina 116. — Akromegalia 87. — Alepsya 116. — Alkohol 115, *221*, *236*. — Amputacya *251*. — Arthigon *154*, 157. — Astazya 39. — Azodolen 115.

Balsamica 115. — Białaczka 65, 87. — Bromural 115.

Cewki moczowej zapalenie pryszczykowe *275*. — Chirurgia wojenna *30*. — Chera przysadkowa 113. — Cholera 62, 80, *202*, 205, *219*, *226*, *238*. — Choroba Basedowa *302*. — Choroba Dercuma *186*. — Choroby zakaźne 36, *289*, *303*. — Chrząstki 116. — Ciała białkowe 115.— Ciąża zewnątrzmaciczna 117. — Claude-Bernarda-Harnera objawy 87.— Codeonal 115. — Czaszki uraz 205.

Deontologia lekarska 117. — Depresya peryodyczna 87. — Drgawki 114. — Drożdże 80. — Dur brzuszny 62, 112. — Dur osutkowy 80, 112, *185*. — Dychawica oskrzelowa 113. — Dymienica *231*. — Dyzenterya 19.

Elektrargol *231*. — Elektryczne zjawiska w mięśniach 17. — Epirenal 116.

Fizyologia człowieka 14.

Głowy postrzał 85, 86. — Gorączka powrotna 112, 254. — Granugenol 174. — Gruczoł tarczowy 115. — Gruczoły wewnętrznego wydzielania *198*, *216*, *223*, *269*, *283*. — Gruźlica 61, 63, 174, wargi 64, nerki 64, płuc 113, prosówkowa 39, 58. — Grzybek japoński 255. — Grzybica skóry 192.

Ichtyosis 40.

Jajowodu wodniak 117. — Jądra 116. — Jod w moczu 115. — Jodyna 115.

Kamień pęcherza 66. — Kiła 63, 65, 119, *145*, *148*, 158, 159, *252*, *265* — Klatki piersiowej postrzały 62. — Kłykciny kończyste 66.— Kola 116. — Krętki blade 63, *152*. — Krtań 66, 85. — Krwioplucie 61. — Krwotoki wewnątrzczaszkowe 193. — Krztusiec 35, 114, 116. — Kuli wędrówka 87. — Kwas moczowy *269*. *283*.

Leptynol 83. — Lichen ruber acum. univers. 66. — Limfatyczny stan 118. — Lokalizacya w korze mózgowej 85.

Macicy wypadnięcie *35*. — Makowiec polski 112. — Mięsak szczęki 64, 65, mózgu 85, opon miękkich 85, barwikowy 192, płuca 205. — Mocz *261*. — Mózgowordzeniowe zapalenie 113. — Mózgu guz 65. — Mykolizyna 39.

Nadnerczak 64. — Narkofina 115. — Neosalwarsan 112. — Nerka 64, 86. — Nephritis dolorosa 86. — Nerki gruźlica 64. — Nerek zapalenie 62, opadnięcie 65. — Nerwica lękowa 40. — Nerwów obwodowych uszkodzenie 40. — Niedokrwistość wtórna 118. — Niedokształcenie części płciowych *75*. — Nieżyt jelit 81. — Nosa choroby 38. — Novastesina 116. — Nowotwory złośliwe 83, 113.

Obłęd pierwotny 87. — Oczodołu zranienie 85. — Odczyn Abderhaldena *56*, 63, 81, 82, 194, 195. — Odczyn tuberkulinowy 35, 62.— Odma piersiowa *70*, *100*, *171*. — Odporność przeciwtężcowa 80. — Opagen 83, 174. — Opatrunki gipsowe z wyciągiem *69*. — Optochina 61, 113. — Optannina 174. — Ospa *51*, 80. — Osutki po szczepieniach 80. — Otrzewnej zapalenie 82. — Ovarid 116.

Padaczka 82. — Pantopon 115. — Papaweryna 115. — Paranoidalne otępienie 87. — Parcie krwi 39, 64, 66. — Pęcherza pęknięcie *60*, kamień 66. — Pęcherzyki żółciowe 117. — Pellidol 115. — Plastyka 62. — Pląsawica 65. — Płciowe choroby a młodzież *307*. — Płciowych chorób zwalczanie *128*. — Płciowych narządów wypadnięcie *166*. — Płonica 82, 115. — Płuc zapalenie 61, 82, 113, 119. — Pneumokokowa grypa 39. — Pokrzywka barwikowa 65. — Połowicze uszkodzenie rdzenia 39. — Porażenie dziecięce 36, *72*, *104*, postępowe 63, *210*, *246*. — Postrzał kręgosłupa *74*. — Półpasiec 62. — Przełyk 65. — Przeszczepianie skóry *29*. — Przysadka mózgowa 115. — Puchlina 112.— Pyelografia 83. — Psychoza amnestyczna Korsakowa 205.

Rad 192. — Rak 63, macicy 64, 117, kiszki prostej 64, przełyku 65, krtani 85, płodziaka 85. — Rany postrzałowe *257*, czaszki 16, 63, *293*, brzucha *297*. — Rentgenologia wojenna *299*. — Rękawiczki gumowe 62. — Rogówki wrzód pełzający *10*. — Ropotok ucha 66. — Ropowica gazowa 82. — Roznosiciele zarazków 61.

Salwarsan 15, 158. — Salvarsannatrium 83. — Sanakolein-tuberkulina 115. — Sennax 115. — Serca niedomoga 83. — Sercowe przypadłości u żołnierzy *76*. — Sinek złota 115. — Skóry stwardnienie 86,

234. — Spojówki zapalenie ziarniste *271, 286.* — Sposoby badania dla pracowni 16. — Stan fizyczny młodzieży 66. — Stolca zaparcie 117. — Stolce krwawe 113. — Stomatitis mercurialis 160. — Strofantus 116. — Szczęki mięsak 64, 65. — Szczepienia ochronne 17. — Szew naczyniowy 19. — Śledziona 65, opadnięcie 65. — Ślepota duchowa 205.

Tannismut 115. — Tętniak 62, 82, 86, 194. — Tętnica główna 119. — Tętnicy płucnej podwiązywanie *169, 189, 200, 216.* — Tężec *233.* — Tężyczka 86. — Theacylon 83. — Tik 39. — Trzustka 81. — Twardówki zranienia 17.

Ubezpieczenie lekarzy 118. — Ucho 66. — Uda złamanie 84, *93.* — Uśpienie 115.

Wątroba *261.* — Wątroby opadnięcie 65, czynność wydzielnicza 81, żółty zanik 117. — Weneryczne choroby *125.* — Wiewiór *135, 140, 148, 152, 153, 154,* 157, *192.* — Witaminy 83. — Włókniak dziąsła 65.— Włókniaki sromu *8,* macicy 117. — Włóknika wstrzykiwania 82. — Wrzód miękki 192. — Wrzód żołądka 81, 82, 116. — Wyrostka robaczkowego zapalenie 19.

Zakażenie *245.* — Zapalenie opon *4,* 19, *21, 249.* — Zatrucie przez pociski 83. — Zimnica 87. — Znamię naczyniowe 192. — Znużenie *1, 25, 46.*

Żebro dodatkowe 205. — Żołądka chemizm *97.* — Żółtaczka epidemiczna *305.*

SPIS AUTORÓW.

Adler 80. — Arnsztajn 116, 117. — Askenazy 117.

Bacmeister 61, 113. — Bäumler 80. — Bergel 82. — Blassberg 39, *58, 305.* — Borowiecki 40. — Brodfeld 160. — Bronowski 205. — Brudziński 113. — Brzeziński 117. — Budzyński 40. — Bujwid 17.

Ciechanowski *14,* 85, *125.* — Citron 159. — Colman 62. — Cozzolino 35. — Cybulski 17. — Czajkowski 112. — Czerwiński 117.

Daranyi 62. — David 82. — Dehnel 174. — Demianowski H. *234.* — Denk 82. — Dorganz 82. — Dłuski *70, 100, 171.* — Dobrucki 117. — Dünner 113. — Dziembowski *154.* — Dziewoński *202, 219, 226, 238.*

Ehrlich 15. — Eiger *302.* — Eisner 64, 65, 113. — Eskuchen 63.

Feilchenfeld 113. — Franke 87. — Fraenkel 63. — Fränkel 83, 113. — Forster 63. — Frieboes 80. — Friedberg *51.* — Fürer 83, 113.—

Gajkiewicz 205. — Gans 157. — Galewsky 158. — Gieszczykiewicz 19. — Glassner *76.* — Glässner 81. — Gliński 116. — Gluziński *185.* — Goldenberg 65. — Goldberg 64, 65, 66. — Göppert 38. — Grosglik 65. — Grote 82.

Hahn *297.* — Herman 63, *245, 293.* — Herzfeld *261.* — Hewelke 194. — Higier 205. — Hładij 86. — Hornowski *198, 226,* 223.

Jagic 82. — Jasiński 116. — Jaworski 19. — Jürgens 112,

Kabanow 81. — Kaczyński 118. — Kaczorowski *289, 303.* — Kader 16, 19, 85. — Karzel 61. — Katzenstein 62 — Kaup 80. — Kiełczewski 117. — Kijewski 205. — Kelles 118. — Klecki *1, 25, 46.*— Klęsk *251.* — Klink 112. — Klosenberg 65. — Koch 82. — Korczyński *186.* — Kraus 114. — Krzyształowicz *145.* — Küpferle 113.

Lange 65. — Langstein 114. — Lenartowicz *252, 265.* — Leonhard 62. — Lewenstern 192. — Lewin 83. — Lewkowicz *4.* 19, *21,* 85. — Lindner *249.* — Lipp 16. — Lippman 81. — Löwy 80. — Luksch 61. — Luxenburg 195.

Łukasiewicz *128, 307.*

Mączka *255.* — Majewski 116, *148.* — Malinowski 192. — Marchlewski 83. — Marcovici 112. — Margolis 65. — Maulin 61. — Mayer 62. — Mayer W. 62. — Męczkowski 193. — Mettenheimer 158. — Meyer 112. — Michejda 19. — Missona *109.* — Miszewski 194. — Moraczewski *249, 261.* — Morawski *246.* — Mosler *289, 303.* — Moszkowicz 62. — Moszkowski 113. — Müller 36. 127.

Nelken 87. — Neumann 61. — Neustadl 112. — Nikitin 82. — Nitsch *152.* — Nowaczyński *269, 283.*

Okuszko 119. — Olbrycht *56.* — Openchowski 82. — Orgelbrand 119. — Ostrowski *169, 189, 200, 213.* — Ożga *74, 257.*

Pański 65. — Perlis 64, 65, 66. — Piltz 39, 87. — Piotrowski *210.* — Prüssian 112. — Poliwka *192, 231, 275.* — Puterman 118.

Radliński *30,* 84, 87. — Radwańska *33.* — Reibmayr 82. — Reiss *135.* — Rietschel 158. — Rogalski 86. — Rose 85. — Rosner *141, 166.* — Rosenbauch *10,* 17, 85. — Rösler 112. — Rydygier *29, 69, 93.*

Schlaginweit 81. — Schlank *60.* — Schlesies 112. — Schrumpf 80. — Schulz 82. — Schwarzmann 39. — Serkowski 205. — Silberman 62. — Simmonds 83, 113. — Sobernheim 36. — Sokołowska *97.* — Sokołowski 205. — Sławiński 193. — Starkiewicz *72, 104.* — Stern 158. — Stephan 113. — Stepp 81. — Sterling 64, 66. — Szafnicki *271, 286.*

Tomaszewski 63, 64, 66. — Türschmid *75.*

Wachtel *299.* — Walb 39. — Walzel 82. — Warchoł *221, 236.* — Węgrzynowski *233.* — Weinzieher 40. — Weiss 157. — Wiesner 81.— Wilczyński 86. — Wilk 62. — Wiśniewski 192.

Yamanouchi 39.

Ziemkiewicz 118. — Zubrzycki *8, 153.*

Nr 1. Kraków, 1 stycznia 1916. Rok LV.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto pocz. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI NA RAZIE JAKO MIESIĘCZNIK

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 3 kor. 2 marki.

Jeden numer osobno kosztuje 1 kor.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LV. Kraków, 1. stycznia 1916. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O znużeniu

napisał

Prof. Dr. Karol Klecki.

I. Pogląd ogólny na znużenie.

Ścisłe zespolenie różnych narządów i czynności prawidłowego ustroju sprawia, że w warunkach zwykłych natężenie funkcyi ustroju waha się tylko w pewnych granicach, dla danego ustroju właściwych, różne bowiem czynności związanych ze sobą narządów, właśnie wobec zachodzącej między nimi korelacyi, regulują się, częstokroć wzajemnie, jak tego dopiero ostatnimi czasy nieco bliżej poznana fizyologia gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem liczne daje przykłady.

Regulacya nieświadomych, automatycznych czynności ustroju odbywa się również nieświadomie i automatycznie, czynności zaś świadome, gdy wymagają regulacyi, sprowadzają charakterystyczne, również do świadomości dochodzące uczucia, zwłaszcza wówczas, gdy zarówno dane czynności, jakoteż i ich regulacya, podlegają woli.

Przekroczenie ponad pewną miarę czynności jakiejś części ustroju sprowadza stan, który zwiemy z n u ż e n i e m danej części. W stanie tym zarówno pobudliwość danej części na różne bodźce, jakoteż i właściwa jej czynność jest mniej lub więcej zmniejszona, albo też zgoła zniesiona. Wysokiego stopnia znużenie określa się często w patologii jako w y c z e r p a n i e. Jest to określenie nieścisłe, dlatego, że w warunkach naturalnych prawie nigdy nie zachodzi rzeczywiste wyczerpanie, t. j. zupełne zużycie tych materyałów, jakie dostarczają energii, wyzwalającej się przy sprawianiu czynności, która znużenie danej części sprowadza.

Zmiany, powstałe w znużonej części wskutek nadmiernej jej czynności, jeśli nie przekroczyły pewnej granicy, mogą się po pewnym czasie wyrównać. Wyrównanie to odbywa się bądź podczas znacznego osłabienia danej czynności, bądź po zupełnym jej ustaniu, a zatem w s p o c z y n k u części, która nadmiernie funkcyonowała. Po przekroczeniu zaś owej granicy, zmiany, powstałe wskutek nadmiernej czynności, już się wyrównać nie mogą; wówczas powstaje trwałe częściowe lub zupełne p o r a ż e n i e znużonej części.

Przez nadmierną czynność niewątpliwie wszelkie części ustroju mogą uledz znużeniu. Atoli ścisłe badania w tym względzie przeprowadzono dotąd tylko na układzie nerwowym oraz mięsnym, i to w znacznej mierze zwierząt zimnokrwistych, a to dlatego, że te właśnie układy do badania znużenia szczególnie dobrze się nadają. Ponieważ jednak rzeczone badania, dzięki ścisłości, z jaką je przeprowadzono, dały wiele ważnych wyników, mających znaczenie ogólno biologiczne, pogląd ogólny na zjawisko znużenia tylko na tych badaniach, jak dotąd, może się opierać, zwłaszcza że w znużeniu, jakie w warunkach naturalnych najczęściej powstaje, znużenie układu nerwowego, oraz mięsnego na pierwsze wysuwa się miejsce.

W znużeniu, jak w każdem zresztą zjawisku życiowem, najbardziej istotną sprawą jest przemiana materyi, która, jak wiadomo, składa się z szeregu poszczególnych procesów chemicznych. Ponieważ znużenie powstaje wskutek nadmiernej czynności, przemiana materyi w znużonej części ściśle się wiąże z jej przemianą materyi w stanie czynnym. Podczas fizyologicznej, swoistej czynności każda tkanka niewątpliwie wydaje w odpowiedniej postaci więcej energii, niż w stanie spoczynku; dlatego przemiana materyi w części funkcyonującej musi się różnić conajmniej ilościowo od przemiany materyi w tejże części podczas jej spoczynku. Wypada jednak zauważyć, że stan spoczynku tkanki jest właściwie stanem tylko względnego jej spoczynku; i w tym bowiem stanie pod wpływem stałych zewnętrznych czy wewnętrznych podniet tkanka pracuje, głównie nad odnową zniszczonych przez sprawy życiowe części, do czego zużywa ciała, a względnie związki chemiczne, ze krwią do niej dochodzące. Według V e r w o r n a[1]) w tkance spoczywającej wytwarza się pomiędzy sprawami asymilacyi i dysymilacyi stan względnej równowagi; równowaga ta nie jest nigdy bezwzględna, gdyż wskutek toczącego się w tkance stale, choć niezmiernie powoli, procesu ewolucyi, rozwoju lub dekadencyi, zachodzi tu zawsze pewna przewaga spraw bądź postępowych, bądź wstecznych.

Gdy pod wpływem właściwego bodźca tkanka ze spoczynku przechodzi w stan czynny, owa względna równowaga w jej przemianie materyi ustaje. Przeważna część podniet przejściowych działa w ten sposób, że toczące się w spoczywającej tkance sprawy życiowe bądź przyśpiesza,

[1]) V e r w o r n M. Erregung und Lähmung. Jena 1914.

bądź zwalnia, przez co właściwa czynność zadrażnionej tkanki bądź wzmaga się, bądź słabnie, a nawet zupełnie ustać może. Po zadziałaniu bodźca, który czynność tkanki pobudza, a zatem przyśpiesza toczące się w tkance sprawy życiowe, nie wszystkie procesy chemiczne, z jakich przemiana materyi w danej tkance się składa, przyśpieszają się, a conajmniej nie wszystkie przyśpieszają się równomiernie. Innemi słowy, w przemianie materyi, jaka się odbywa w tkance spoczywającej, bodziec czynnościowy sprowadza zmianę czy to wyłącznie, czy też przeważnie niektórych tylko poszczególnych procesów chemicznych, a mianowicie tych, które są źródłem energii, wyzwalającej się przy danej czynności. Jeżeli wzmożenie tej »czynnościowej« przemiany materyi trwa przez czas dłuższy, mogą się wzmódz także i inne, to jest pozostałe sprawy chemiczne, tak że cała przemiana materyi w danej części się potęguje, przyczem odnowa tkanki się przyśpiesza, a przez to może powstać jej przerost czynnościowy; okoliczność ta wskazuje, że pomiędzy poszczególnemi sprawami, z których przemiana materyi się składa, zachodzi ścisła korelacya. Pod wpływem bodźców, choćby słabych, lecz działających stale, zwłaszcza chemicznych, przemiana materyi w pobudzanej tkance może się zmienić także jakościowo; zdarza się to często w stosunkach patologicznych.

Bodźce czynnościowe, które przy pobudzeniu tkanki zakłócają równowagę, panującą w jej »spoczynkowej« przemianie materyi, przyśpieszają w niej głównie sprawy dysymilacyjne, przyczem energia potencyalna, nagromadzona w odpowiednich związkach chemicznych, pod wpływem danego bodźca łatwo się rozpadających, zazwyczaj niezmiernie szybko, niemal wybuchowo, jako energia kinetyczna się wyzwala. U wszelkich tlenowców, zwłaszcza zaś w ustrojach ciepłokrwistych, sprawy rozpadowe, przy których wyzwala się znaczna ilość energii, sprowadzają się głównie do spraw oksydacyjnych, których produkty ostateczne, bezwodnik kwasu węglowego i woda, łatwo z ustroju uchodzą. Beztlenowy zaś rozpad związków chemicznych w tych ustrojach daje produkty często kwaśne, znacznie trudniej z ustroju usuwane, a przytem więcej lub mniej trujące. Brak tlenu obniża także u tych tworów pobudliwość tkanek na bodźce czynnościowe.

W znużeniu, jakie powstaje przy nadmiernej czynności tkanki, jej swoista pobudliwość, jak to już wyżej zauważyłem, zmniejsza się. Jest to zazwyczaj skutek działania na tkankę bodźców czynnościowych bądź długo trwających, bądź też często powtarzających się w krótkich odstępach czasu. To samo zachodzi jednak także i po jednorazowem, chwilowem zadziałaniu bodźca, co stwierdzono naprzód w mięśniu sercowym, a potem i w innych tkankach; ów okres refrakcyi, w którym po zadziałaniu bodźca tkanka, wprawiona w stan czynny, traci w większym czy mniejszym stopniu swą pobudliwość swoistą, jest zjawiskiem ogólnem. Stan ten powstaje przez to, że po zadziałaniu wszelkiego bodźca czynnościowego, wskutek sprowadzonego przezeń rozpadu pewnych związków chemicznych, z czynnością danej tkanki ściśle związanego, tego materyału czynnościowego na razie ubywa, a natomiast przybywają produkty jego rozpadu. Pobudliwość zadrażnionej tkanki powraca do pierwotnego stanu po ustaniu bodźca dopiero po upływie pewnego czasu, w którym zmiany, powstałe w tkance przez działanie bodźca czynnościowego, mogą się wyrównać. Restytucya ta odbywa się automatycznie; dlatego sprawę tę nazwano samosternictwem przemiany materyi w pobudzonej do czynności tkance.

Czas, przez który okres refrakcyi w zadrażnionej tkance się przeciąga, zależy od różnych czynników; w ustrojach, należących do rzędu tlenowców, zależy on jednak głównie od dowozu tlenu. Tkanki posiadają bowiem zazwyczaj znaczny zapas rozpadającego się przez utlenienie materyału czynnościowego, natomiast tlen, zawarty w tkance w ilości, wystarczającej do jej przemiany materyi w spoczynku, przy pobudzeniu tkanki do wzmożonej czynności szybko się wyczerpuje.

Otóż według Verworna[2]), który wiele ścisłych badań w tej dziedzinie przeprowadził, znużenie ściśle się wiąże z okresem refrakcyi; mianowicie znużenie sprowadza się do okresu refrakcyi, przedłużonego wskutek braku lub niedostatecznego dowozu tlenu. Znużenie jest przeto zjawiskiem porażnem, powstałem na tle asfiksyi, przyczem sprawy życiowe, związane z czynnością danej tkanki, są zwolnione, ilość energii, wyzwolonej przy swoistej czynności tkanki, jest zmniejszona, a pobudliwość tkanki słabnie; nadto w znużonej tkance gromadzą się wytwory spraw enzymowych i hidrolitycznych, toczących się w jej przemianie materyi bez udziału tlenu, które zarówno na daną tkankę, jakoteż i na cały ustrój działają szkodliwie, sprowadzając przytem charakterystyczne dla znużenia uczucie.

II. Różne postacie znużenia.

W patologii odróżnia się znużenie całego ustroju, czyli znużenie ogólne i znużenie poszczególnych części ustroju.

Znużenie ogólne występuje w dwu postaciach, jako znużenie fizyczne i znużenie duchowe.

Do znużenia duchowego zalicza się zazwyczaj znużenie umysłowe, oraz t. zw. znużenie psychiczne.

Znużenie poszczególnych części ustroju przybiera niekiedy postać odrębnych spraw chorobnych; w wielu zaś przypadkach ścisłe odgraniczenie znużenia poszczególnych części ustroju, oraz oddzielenie go od znużenia ogólnego ustroju nie jest możliwe, gdyż, wobec powyżej wspomnianej korelacyi różnych części ustroju, znużenie jednej części odbija się często i na innych i może przytem stać się ogólnem. Znaną n. p. rzeczą jest znużenie, jakie powstaje przy zwiedzaniu galeryi obrazów; poza znużeniem duchowem, sprowadzonem przez doznane wrażenia, powstaje tu znużenie mięśni, zwłaszcza kończyn dolnych, które zupełnie nie odpowiada ani przebytej przestrzeni, ani długości stania.

III. Znużenie fizyczne.

A. Rozbiór fizyopatologiczny.

Znużenie fizyczne, głównie mięśni dowolnych, jest sprawą zawiłą, w której jest pierwotnie dotknięty cały przyrząd nerwowo-mięśniowy, a zatem ośrodkowe komórki nerwowe, z których wychodzą podniety do czynności mięśni, nerwy, które te podniety przewodzą, ich zakończenia w mięśniach, oraz same mięśnie. Znużenie ogólne, jakie tu

---

[2]) Verworn M. l. c.

powstaje, sprowadzają głównie zmiany, wytworzone w mięśniach przy nadmiernej ich czynności.

Znużenie fizyczne powstaje wskutek wytężonej pracy mięśni. Powstaje ono u różnych osobników z rozmaitą łatwością; zależy to w ogólności od własności indywidualnych danego osobnika, w szczególności zaś od tego, czy i w jakim stopniu praca, prowadząca do znużenia, jest dla niego rzeczą zwykłą lub niezwykłą.

Szczególnie łatwo nużą się przy pracy fizycznej ludzie źle odżywiani, dzieci, starcy, chorzy, ranni, ozdrowieńcy, a nadużycia płciowe, pijaństwo, brak spoczynku, zwłaszcza zaś snu, znużenie fizyczne wielce przyspieszają. Przyzwyczajenie do jakiejś pracy fizycznej, a co za tem zazwyczaj idzie, umiejętne jej wykonywanie sprawia, że znużenie wskutek tej pracy nie powstaje tak łatwo, jak wówczas, gdy »ceteris paribus« nie ma się w niej wprawy. Przy częstem bowiem używaniu pewnych mięśni do jakiejś pracy mięśnie te przystosowują się do niej zrazu czynnościowo, a potem i morfologicznie, t. j. przerastają, przez co mogą bez znużenia wykonywać większą pracę; nadto przy wprawie w jakieś pracy mechanicznej używa się do niej jaknajmniej, i to tylko najodpowiedniejszych mięśni, które przytem inerwuje się odpowiednio do pracy, jaką mają wykonać. Przy wykonywaniu zaś jakiejś pracy fizycznej bez należytej wprawy wprowadza się w stan czynny często obok mięśni właściwych także niepotrzebnie i różne inne mięśnie, do wykonania danej pracy gorzej się nadające, albo też zgoła się do niej nie nadające, a przytem często inerwuje się je nadmiernie; wskutek tego przy braku wprawy wykonywa się zazwyczaj znacznie większą pracę, niż tego w danym przypadku potrzeba. Dlatego ludzie, przyzwyczajeni do ciężkiej pracy fizycznej, n. p. do przenoszenia ciężarów, ludzie częstokroć słabej nawet budowy, wykonują tę pracę bez wielkiego znużenia, a ludzie n. p. rzadko pisujący, lub też nie mający należytej wprawy w graniu na jakimś instrumencie muzycznym, pisaniem lub graniem szybko się nużą.

Skoro znużenie fizyczne powstaje wskutek znużenia całego przyrządu mięśniowego, który nadmiernie był czynny, należy rozpatrzyć poszczególnie zjawisko znużenia wszystkich jego części.

Znużenie ośrodków nerwowych. Czynność ośrodkowego układu nerwowego jest niewątpliwie związana z jego przemianą materyi. Po wprawieniu bowiem tego układu w stan czynny powstają w nim elektryczne prądy czynnościowe, jak to wykazali Beck i Cybulski[3]), Beck i Bikeles[4]), Cybulski i Jeleńska-Macieszyna[5]) w mózgu, a Beck[6]), Beck i Bikeles[7]) w rdzeniu.

Że nadmierna czynność ośrodkowego układu nerwowego prowadzi do jego znużenia, wskazują bardzo ścisłe badania Verworna[8]) nad znużeniem rdzenia, w których zarówno znużenie nerwu, przewodzącego podniety czynnościowe do mięśnia, jakoteż i znużenie mięśnia, którego skurcz wskazywał czynność rdzenia, były wykluczone. W badaniach tych eksperymentował Verworn na żabach, u których utrzymywał sztuczne krążenie i których pobudliwość rdzenia była podniesiona zapomocą strychniny, tak że po wprowadzeniu w stan czynny ośrodki rdzeniowe szybko się nużyły. Gdy przy braku dowozu wszelkich substancyi odżywczych przez krążenie, a zatem przy powstrzymaniu odnowy materyału czynnościowego ośrodki rdzeniowe wskutek nadmiernej czynności nużyły się, tak że pobudliwość ich znikała, przepłukanie żaby fizyologicznym rozczynem soli, pozbawionym wszelkiego gazu, przywracało tym ośrodkom pewną pobudliwość. Innemi słowy znużenie ośrodków rdzeniowych powstało tu, jeszcze przy pewnym zapasie materyału czynnościowego, wskutek nagromadzenia się w rdzeniu produktów jego przemiany materyi, porażających ośrodki rdzeniowe. Według Verworna obok CO_2 działają tu zapewne i inne związki chemiczne. Gdy zaś rozczyn soli, którym żabę przemywano, zawierał wolny tlen, pierwotna pobudliwość znużonego rdzenia powracała w całej pełni i utrzymywała się przez pewien przeciąg czasu, poczem obniżała się, a wreszcie znikła zupełnie; wówczas przepłukiwanie żaby zarteryalizowaną odwłóknioną krwią wołu przywracało znowu ośrodkom rdzeniowym pierwotną ich pobudliwość.

W eksperymentach tych stwierdził przeto Verworn w znużeniu ośrodków rdzeniowych działanie dwu czynników, mianowicie porażenia ich przez wytwory przemiany materyi w rdzeniu, oraz wyczerpanie się materyału, potrzebnego do jego czynności. Należy jednak zauważyć, że Verworn eksperymentował w warunkach zgoła nieprawidłowych. Przez podniesienie pobudliwości rdzenia strychniną ośrodki rdzeniowe, będące, według terminologii Verworna, układem heterobolicznym, stawały się układem izobolicznym, to znaczy po zadziałaniu na nie jakiegokolwiek bodźca, o ile oddziaływały, oddziaływały maksymalnie. Czynność przeto ośrodków była w rzeczonych doświadczeniach spotęgowana do najwyższego stopnia, tak że ich znużenie występowało, według słów Verworna, w »skoncentrowanej postaci«. Nadto w doświadczeniach tych dowóz zarówno tlenu, jakoteż i wszelkiego innego materyału czynnościowego do rdzenia był zupełnie odcięty. To też przypuszczać należy, że w warunkach naturalnych, w przeważnej większości przypadków, w których przy prawidłowej pobudliwości ośrodków dowóz materyałów odżywczych nie jest zupełnie odcięty, a może być tylko niedostateczny dla wzmożonej funkcyi, zwłaszcza zaś ilość doprowadzonego tlenu, w znużeniu ośrodków nerwowych główną rolę odgrywa nagromadzenie się trujących wytworów przemiany materyi rdzenia, zapewne ściśle związanych z niedostatecznym dowozem tlenu, a nie dosyć szybko usuwanych z pobliża wrażliwych na nie komórek nerwowych. Nadto w znużeniu fizycznem mogą szkodliwie działać na komórki nerwowe związki trujące, powstałe w nadmiernie pracujących mięśniach i z krwią rozniesione po całym ustroju, o których będzie później mowa.

Natomiast w najwyższych stopniach znużenia naturalnego, przy niedostatecznym dowozie materyału czynnościowego, zapewne przychodzi także i do pewnego wyczerpania tego materyału, złożonego jako materyał zapasowy w komórce nerwowej. W eksperymentach na żabach stwierdził to Gordon Holmes[9]) histologicznie, mianowicie

[3]) Beck A. u. Cybulski N. Centr. f. Physiol. 1892.
[4]) Beck A. u. Bikeles G. Arch. f. d. ges. Physiol. 1911.
[5]) Cybulski N. u. Jeleńska-Macieszyna. Bull. de l'Ac. d. Sc. de Cracovie 1914.
[6]) Beck A. Ibid. 1911.
[7]) Beck A. u. Bikeles G. Arch. f. d. ges. Physiol. 1911.
[8]) Verworn M. Berlin. klin. Woch. 1901 No 5.
[9]) Gordon Holmes. Zeitschr. f. allg. Physiol. 1903. Cyt. według Verworna: Erregung u. Lähmung.

znalazł on wybitne zmiany ziaren chromatofilnych, uważanych za organiczny materyał zapasowy komórek zwojowych, w komórkach rdzenia, znużonych 8—9 godzin trwającą czynnością.

Że w znużeniu fizycznem wysokiego stopnia, powstałem w naturalny sposób, mogą wystąpić zmiany morfologiczne komórek nerwowych, świadczące o pewnem uszkodzeniu tych komórek, wskazują eksperymenty Pugnata[10]). Pugnat zmuszał psy do pracy fizycznej przez umieszczenie ich w kole obracającem się w tył, tak że zwierzę, by nie stracić równowagi, musiało wykonywać kończynami takie ruchy, jak gdyby biegło naprzód; z ilości obrotów takiego przyrządu łatwo obliczyć przestrzeń, przez zwierzę w nim przebytą. Po przebyciu 63—93 kilometrów Pugnat zabijał zwierzęta i badał zmiany histologiczne ich kory mózgowej. Pokazało się, że powstawały tu zmiany morfologiczne głównie w okolicy bruzdy krzyżowej (*sulcus cruciatus*) stosunkowo nielicznych tylko komórek; były to głównie nieswoiste zmiany jądra komórek korowych, jakoto chromatoliza, przesunięcie się jądra ku obwodowi komórki, zniekształcenie i zanik ziarnisty jądra, z czego Pugnat wnosi, że komórki korowe funkcyonują naprzemian i że rzeczone zmiany patologiczne powstają w nich w znużeniu nie wskutek samozatrucia komórek, ale wskutek wzmożonej ich pracy histologicznej. Ten ostatni wniosek Pugnata nie jest jednak uzasadniony, stwierdzone bowiem przez niego zmiany komórek nerwowych świadczą tylko o ich uszkodzeniu, a o przyczynie tego uszkodzenia zgoła nic nie mówią.

Znużenie ośrodków nerwowych powstaje stosunkowo łatwo, raz dlatego, że są one wielce podatne do sumowania się w nich podniet, powtóre zaś dlatego, że są bardzo wrażliwe na brak tlenu, oraz na działanie trujących produktów przemiany materyi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z kliniki pedyatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O leczeniu nagminnego zapalenia opon dokomorowemi i namózgowemi wstrzykiwaniami surowicy swoistej.

Podał

Prof. Dr Ksawery Lewkowicz

(Według wykładów w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w d. 10 marca 1915 r. i na posiedzeniu naukowem lekarzy wojskowych twierdzy krakowskiej w d. 27 marca 1915 r.).

Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych należy niewątpliwie do chorób najcięższych i najbardziej morderczych. Śmiertelność, jeżeli sięgniemy do czasów przedsurowiczych, podawana bywa ogólnie na 70—80%. Spotykamy się wprawdzie i z niższemi liczbami aż do 30%; zdaje się to jednak zależeć głównie od materyału, od tego w szczególności, czy materyał obejmuje, czy nie obejmuje niemowląt, u dorosłych mianowicie i u starszych dzieci śmiertelność jest mniejsza, u niemowląt przeciwnie dosięga zastraszającej wysokości 80—100%. Rokowanie zaciemnia jeszcze ta okoliczność, że przypadki, które uchodzą z życiem, okazywać mogą trwałe zboczenia, jak wodogłowie wewnętrzne, braki inteligencyi, niedowłady lub porażenia, wreszcie, co szczególniej często się zdarza, utratę wzroku lub słuchu.

Choroba polega na ropieniu w oponach miękkich mózgu i rdzenia. Jak wiadomo, zarazek tego swoistego ropienia, dwoinka zapalenia opon (meningococcus intracellularis), został w r. 1887 odkryty przez Weichselbauma i otrzymany w czystych hodowlach. Temsamem dana jest podstawa do leczenia swoistego.

Leczenie to mogłoby polegać na uodpornieniu czynnem, tj. na wstrzykiwaniu szczepionki, czyli zabitych meningokoków. Próbowano szczepionki w paru naszych przypadkach, nietylko jednak nie było skutków dodatnich, ale przeciwnie, szczepionka zdawała się raczej wpływać niekorzystnie. Także teoretycznie trudno się po tem leczeniu wiele spodziewać, gdyż swoiste przeciwdziałacze[1]) przechodzą z krwi do płynu mózgowordzeniowego, nawet przy zapaleniach, tylko w śladach.

Leczenie swoiste polegać zatem może tylko na uodpornieniu biernem, t. j. stosowaniu surowicy swoistej.

Leczenie surowicą nagminnego zapalenia opon datuje się od roku 1906. Prawie równocześnie pojawiają się doniesienia o surowicy Flexnerowskiej w Ameryce, Jochmannowskiej i Kolle-Wassermannowskiej w Niemczech. W Ameryce stosowano surowicę początkowo tylko podskórnie, przeciwnie w Niemczech znajdujemy już w pierwszych doniesieniach Jochmanna wzmiankę, że obok wstrzykiwań podskórnych próbowano także wstrzykiwań do kanału kręgowego (nardzeniowych). Wyniki przy stosowaniu podskórnem można określić jako ujemne. Ta okoliczność jest łatwo zrozumiała. Surowica zostaje tu przez całą ilość krwi i soków ustroju nadmiernie rozcieńczona, ale, co ważniejsza, nawet ta rozcieńczona surowica nie ma sposobności oddziałać w większej mierze na meningokoki, gdyż do worka podpajęczynówkowego, względnie do płynu mózgowordzeniowego, który prawidłowo prawie nie zawiera białka, przechodzą związane z białkiem swoiste przeciwdziałacze, nawet przy zapaleniach, chyba tylko w znikomej ilości.

Przeciwnie wyniki przy stosowaniu nardzeniowem są niewątpliwie korzystne. Zależnie od materyału spada śmiertelność do połowy poprzedniej, albo nawet niżej, n. p. z 70% na 30%, przy wczesnem zastosowaniu i po wyłączeniu przypadków piorunujących nawet na 15%.

Ale przecież i te wyniki nie mogą nas w zupełności zadowolnić, gdyż nawet wśród najkorzystniejszych okoliczności musimy się przecież liczyć ze wspomnianą śmiertelnością 15%, to znaczy, że surowica nawet wśród tych okoliczności w niektórych przypadkach zupełnie zawodzi.

---

[10]) Pugnat. Journ. de physiol. et de path. gen. 1901.

[1]) Proponuję na oznaczenie pojęcia »Antikörper« słowo »przeciwdziałacz« lub »oddziaływacz« zamiast przyjętego w »Słowniku lekarskim« »niwecznik«, a przez Eisenberga »odczynnik«. Pierwsze bowiem nieściśle oddaje znaczenie — niezawsze chodzi mianowicie o niszczenie — drugie jest równobrzmiące z chemicznym odczynnikiem.

Takie, w danym razie dla lekarza bardzo przykre przypadki zmuszają do zastanowienia się nad tą sprawą. Przy poszukiwaniu możliwych przyczyn zawodu musi się wkrótce nasunąć, jako rzecz oczywista, że wybór miejsca, w którem przez nakłucie lędźwiowe wprowadzamy surowicę, usprawiedliwiony jest tylko łatwością i dostępnością samego zabiegu. Jeżeli jednak uwzględnimy cel leczniczy, to musimy przyznać, że mniej odpowiedniego miejsca nie można było wybrać. Przecież do zmian, na których usunięciu najwięcej nam zależeć powinno, do zmian na sklepieniu półkul mózgu i do wcześnie się rozwijających, a w skutkach tak doniosłych zmian w komorach mózgowych ma surowica, wstrzyknięta nardzeniowo, drogę długą, ciasną, często przegrodzoną przez zlepy, albo przynajmniej przez gęsty wysięk ropny; przytem musiałaby tę drogę odbyć przeciw prądowi płynu mózgowordzeniowego, — który sączy się, chociażby wolno, ale niewątpliwie od splotów naczyniówkowych komórek ku ogonowi końskiemu rdzenia, — i przeciw działaniu ciężkości. Nic też dziwnego, że surowica z nad rdzenia dochodzi do komór, a podobnie także przypuszczalnie do rowków sklepienia półkul mózgowych tylko w bardzo znacznem rozcieńczeniu i że jej działanie nie może tu być wydatne.

W tem pojmowaniu sprawy utwierdzają mnie badania, podjęte wspólnie z kol. Bujakiem, w których, posługując się surowicą precypitującą, staraliśmy się ustalić, jak surowica, wstrzyknięta jednym razem nardzeniowo, innym znów dokomorowo, rozprzestrzenia się w worku pojęczynówkowym i jak stąd zostaje wessana. O wynikach tych badań, które jeszcze mają być dalej prowadzone, zdamy sprawę osobno.

Te rozważania skłoniły mnie w końcu do podjęcia prób wstrzykiwania surowicy dokomorowego, a następnie namózgowego.

Wstrzykiwania dokomorowe wykonywano już przygodnie, a mianowicie kilku amerykańskich autorów: Sladen, Knox i Cushing w r. 1909, Benedich w r. 1911 przy rozwijającem się wodogłowiu zapalnem i Levy w Essen w r. 1913 u oseska, u którego się nakłucie lędźwiowe nie udało. Nic mi jednak nie wiadomo o metodycznem stosowaniu tego zabiegu przez kogokolwiek.

Sam zabieg nie przedstawia żadnych szczególniejszych trudności. U osesków, u których można robić nakłucie przez ciemiączko, albo przez szew wieńcowy, a u których z powodu drobnych rozmiarów albo zlepów nierzadko nakłucie lędźwiowe nie udaje się, zabieg jest może nawet prostszy, niż nakłucie lędźwiowe. Ale także u starszych dzieci i dorosłych konieczność przewiercenia kości nie może być uważana za poważniejszą przeszkodę. Zabieg jest mało bolesny, a starsze dzieci podają, że wolą nakłucie czaszkowe od lędźwiowego.

Do nakłucia wybiera się jakikolwiek punkt na szczycie czaszki 2—4 cm od linii środkowej. Wśród zwykłych ostrożności aseptycznych robi się końcem nożyka drobne nacięcie, długie około 2 mm i wprowadza przez nie świder. Posługiwałem się świdrem rynienkowatym Götzego[1]; grubym na $1^1/_2$ mm.

Po prześwidrowaniu kości na wylot wprowadza się, posługując się rynienką świdra, do otworu kostnego drucik, wystający z igiełki i dopiero teraz usuwa się świder, bacząc, żeby drucik się nie wysunął. Po druciku zesuwa się w otwór igiełkę i wbija się ją, dążąc wprost ku środkowi jamy czaszkowej, u osesków na jakie 4 cm, u starszych dzieci na jakie 5—6 cm, u dorosłych na 6—$7^1/_2$ cm. Wstrzykiwanie jest tylko wtedy dozwolone, jeżeli koniec igiełki znajduje się na pewne w komórce. Za dowód służy wypływanie choćby tylko kilku kropli płynu mózgowordzeniowego. Korzystnie jest także wstrzykiwać pod kontrolą manometru, który się włącza zapomocą kurka o trzech przewodach, zaopatrzonego odpowiedniemi nasadkami między igiełkę a strzykawkę. Jeżeli igiełka leży dobrze, wtedy przy każdem posunięciu tłoka ciśnienie wprawdzie wyskakuje w górę, ewentualnie aż do 100—140 cm wody, spada jednak potem szybko, gdyż płyn rozchodzi się po komorach, a częściowo komory opuszcza. Jeżeli koniec igiełki leży w istocie mózgowej i płyn wstrzykiwany niema odpływu ku komorom, to przy próbach wstrzykiwania nawet drobnych ilości ciśnienie podnosi się jeszcze stromiej i zatrzymuje na osiągniętej wysokości.

Już nie tak prosto przedstawia się sprawa wstrzykiwań namózgowych. Chodzi tu o wprowadzenie surowicy do przestrzeni podpajęczynówkowej na sklepieniu półkul mózgowych, t. j. do przestrzeni, leżącej między zewnętrznym listkiem opony miękkiej, pajęczynówką, która mostowato przerzuca się z jednego zakrętu mózgowego na drugi, a wewnętrznym listkiem, naczyniówką (pia mater), która wyściela rowki mózgowe. W tej to mianowicie przestrzeni, stojącej także w związku z komorami mózgowemi, rozgrywa się cała sprawa chorobowa, tu gromadzi się ropa, tu także plenią się meningokoki.

Że dostanie się do tej przestrzeni wstrzykiwanego płynu jest rzeczywiście możliwe i że przy wstrzykiwaniu niekiedy prawie cała ilość płynu, innym razem przynajmniej przeważna jego część, dostaje się do tej przestrzeni, a tylko mała część do przestrzeni podtwardówkowej, dowodzą tego liczne moje doświadczenia, wykonane na zwłokach z wstrzykiwaniem zabarwionego tuszem agaru (demonstracye). Z drugiej jednak strony nie można przemilczeć, że zabieg połączony jest z pewnem niebezpieczeństwem uszkodzenia tkanki mózgowej. Pracujemy przecież zupełnie po ciemku. Przez wybór odpowiedniego miejsca wkłucia i nachylenie igiełki, przez ostrożne wstrzykiwanie, uzyskujemy znaczne prawdopodobieństwo, że igiełka przekłuje jakąś przestrzeń podpajęczynówkową i że surowica albo wprost z wylotu igiełki, albo cofając się wzdłuż kanału wkłucia dostanie się do tej przestrzeni i stąd rozleje się po powierzchni mózgu. Rozleglejsze obrażenia mózgu nie zdarzały się też rzeczywiście przy naszych wstrzykiwaniach, podejmowanych na zwłokach przy zamkniętej czaszce, mniejsze jednak nie są wyłączone. Za życia wykonane wstrzykiwania nie pozostawiały po sobie w tych przypadkach, w których to mogliśmy sprawdzić przez badanie pośmiertne, poza wkłuciem żadnych śladów uszkodzenia mózgu. Tylko w przypadku XI., w którym wstrzykiwaliśmy skośnie ku zewnątrz, dostała się surowica w przeważnej części do tkanki mózgowej. Co do przypadków, które się skończyły korzystnie, to tylko w przypadku XII., w którym wkłucie wykonano zbyt ku tyłowi, pojawiły się po wstrzyknięciu objawy ogniskowe, mianowicie wiotkie porażenie lewej ręki.

Niebezpieczeństwo uszkodzenia mózgu nie wydaje się zatem zbyt wielkie, przytem to możliwe uszkodzenia wobec usadowienia w przedniej części płatów czołowych nie mają większego znaczenia, gdyż nie wywołują objawów ogniskowych. Musi się zresztą pozostawić praktycznemu wypróbowaniu metody odpowiedź na pytanie, co tu przeważa, czy niekorzyść, spowodowana tem, że w tym lub owym przypadku zabieg może pozostawić po sobie uszkodzenie mózgu, czy też korzyść natychmiastowego przecięcia sprawy

[1]) Deutsche med. Wochenschrift 1912. nr 7. str. 318.

ropnej, która z reguły tutaj w płatach czołowych jest najsilniej rozwinięta i która przecież sama przez się przy dłuższem trwaniu może sprowadzić zmiany, nie dające się żadnym sposobem usunąć, a objawiające się ciężkiemi czynnościowemi zaburzeniami.

Zabieg sam przedstawiałby się, jak następuje: Drobne cięcie skórne wykonuje się około 1 cm poza granicą porostu włosów, 1½—2 cm od linii środkowej. Świdruje się pod kątem około 45° od prostopadłej skośnie ku przodowi i dołowi. Igiełkę po przesunięciu przez kanał kostny i przebiciu opony twardej wbija się jeszcze na jakie 1—1½ cm i nasadziwszy strzykawkę, wykonuje się wstrzyknięcie ewentualnie pod kontrolą manometru.

Po tych wstępnych uwagach przystępujemy do przeglądu naszych przypadków. Otóż w czasie od stycznia 1914 do marca 1915 spostrzegano w klinice 14 przypadków czystego zapalenia meningokokowego, a w jednym przypadku zakażenie mieszane z prątkiem grypy (influency). Przebieg przypadków i wszystkie ważniejsze dane z podejmowanych badań przedstawiam graficznie na tablicach tak, że opis przypadków może być zwięzły.

Szczegóły, odnoszące się do nakłucia lędźwiowego, przedstawione są na tablicach w pełnych słupach czarnych; do komory prawej w słupach poprzecznie prążkowanych, do komory lewej w słupach z pręgą podłużną; wstrzykiwania namózgowe — w słupach skośnie prążkowanych.

W tablicach znajdujemy następujące rubryki:

1) Dni choroby.

2) Zastosowane leczenie: surowica, elektrargol, szczepionka (X = 1 milionowi koków).

3) Krzywa ciepłoty. Tu także lub w rubryce następnej zaznaczono główne powikłania, dalej szczegóły z zachowania się chorego: ∩ oznacza pierwszy uśmiech, • podnoszenie głowy, L siedzenie w łóżku, Λ stawanie na nogi.

4) Ilość płynu wydobytego przy nakłuciach i wynik badania co do meningokoków. + oznacza, że na każdem polu (= 100 ciałek białych) znajdowano meningokoki, mianowicie średnio 1—9. ± oznacza 1—9 meningokoków na 10 pól, $\underline{+}$ mniej niż 1 meningokok na 10 pól, ‡ 10—100 meningokoków na pole ‡ ponad 100 meningokoków na pole. Co do stosunku meningokoków do ciałek, to samo + oznacza, że prawie wszystkie (najmniej 90%) meningokoków były wewnątrzciałkowe, + z jedną kropką, że 10—40%, + z dwiema kropkami, że 40—60%, + z trzema kropkami, że 60—90% + z czterema kropkami, że ponad 90% było zewnątrzkomórkowych.

5) Ilość ciałek białych w 1 mm³ płynu mózgowordzeniowego. Jest ona najlepszym i najczulszym wyrazem natężenia sprawy zapalnej. Granica stanu prawidłowego leży koło 2 i jest zaznaczona kreską grubą. Na szczycie ropienia spostrzegaliśmy wychylenia do 100,000, zatem wychylenia olbrzymie. Z drugiej strony jednak są wahania około 10, gdzie zresztą możemy mówić tylko o zadrażnieniu, albo około 100, odkąd płyn zaczyna wyglądać mętnie, albo raczej opalizująco, ważne. Aby zatem poszczególne wartości stosownie do ich znaczenia wyrazić graficznie, musiano użyć skali geometrycznej. Każdy wyższy odcinek oznacza tu dziesięciokrotnie większe ilości, niż odcinek leżący pod nim [1]).

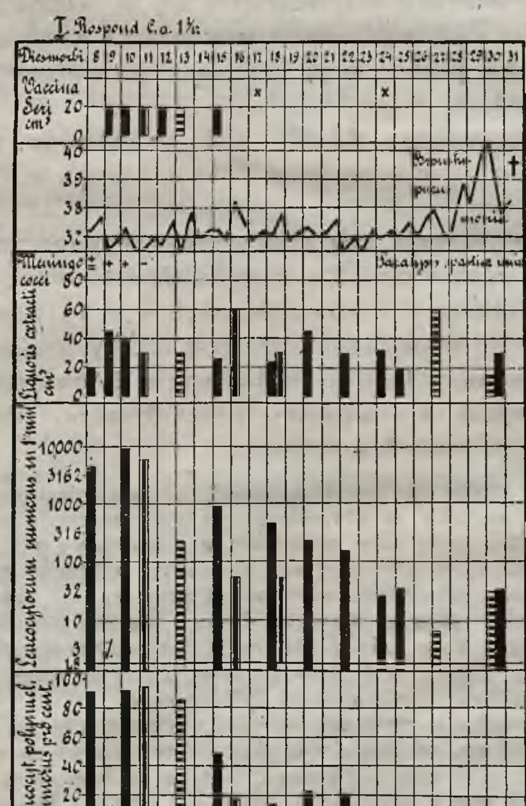
6) Ilość wielojądrzastych głównie neutrofilnych ciałek na sto białych. Reszta przypada na ciałka jednojądrzaste, a mianowicie limfocyty małe i duże i na śródbłonki. Ilość ta wyraża najlepiej, jaki udział w zapaleniu ma ropienie. W warunkach prawidłowych nie spotykamy w cieczy mózgowordzeniowej wcale ciałek wielojądrzastych. Jeżeli przy zapaleniu udział ciałek wielojądrzastych jest mały, niższy niż 50%, to nie można mówić o zapaleniu ropnem, tylko surowiczo-ropnem; jeżeli ten udział spada do kilku procentów, można mówić tylko o zapaleniu surowiczem, lub zadrażnieniu surowiczem.

7) Ilość białka. 8) Oddziaływanie na globuliny. 9) Oddziaływanie na istoty redukujące. Dane te mają dla nas mniejsze znaczenie.

Badania, jak z tablic łatwo ocenić, wymagały wiele trudu i czasu. Byłoby dla mnie fizyczną niemożebnością wykonać je wszystkie samemu. Wypełnię zatem tylko miły obowiązek, jeżeli tutaj podziękuję wszystkim tym pracownikom kliniki pedyatrycznej i szpitala św. Ludwika, którzy w ich przeprowadzeniu współdziałali, mianowicie PP. Bujakowi, Dadejowi, Raczyńskiemu, Gądkowi i Pani Wyżykowskiej-Michejdzinie Badania pośmiertne przeprowadzano w Zakładzie anatomii patologicznej Un. Jag. (Prof. Ciechanowski i Prof. Gliński).

I. R. C., 14-miesięczne dziecko, przyjęte 8. dnia choroby w stanie ciężkim. Surowicę wstrzykiwano tu jeszcze przeważnie nardzeniowo. Meningokoki znikają w dwóch dniach jeszcze pod wpływem wstrzykiwań śródkręgowych; zapalenie i ropienie powoli opadają i pozostaje w końcu tylko nieznaczny stopień zapalnego surowiczego podrażnienia, który pod wpływem odoskrzelowego zapalenia płuc nieco się zaostrza, ale nie przerzuca się, jak w przypadku następnym, znowu w ropienie. Już klinicznie musimy tutaj swoistą sprawę uważać za zupełnie wyleczoną.

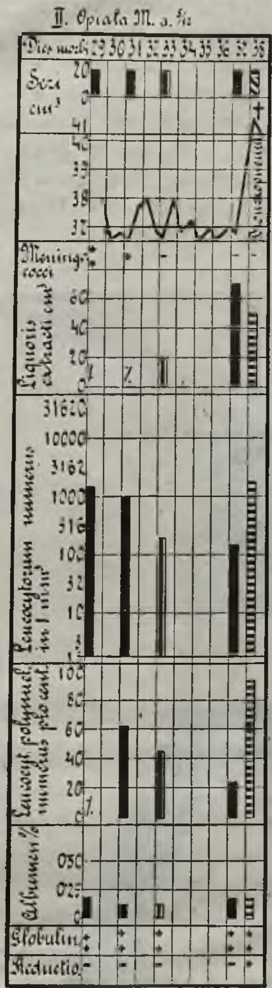
Mimo to przypadek kończy się niekorzystnie. Widzimy, że ilość płynu w komorach wzrasta, że od 23. dnia choroby rozwija się ciężkie ogólne kurczowe porażenie i że w końcu zapalenie płuc odoskrzelowe doprowadza do śmierci.

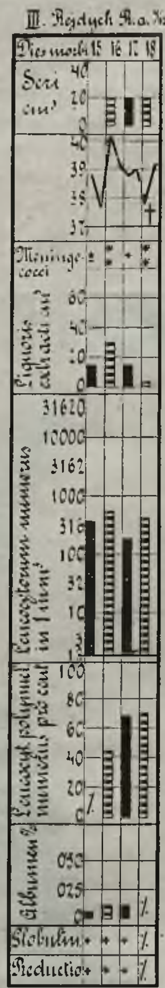


Badanie pośmiertne wykazało w oponach tylko zgrubienie, w komorach nagromadzenie się nadmierne płynu, nigdzie jednak nie było zmian ropnych.

[1]) Wpisywanie poszczególnych wartości odbywało się w następujący sposób: odstęp między 1 a 10 dzieli się na 10 równych części i oznacza się kreski następującemi liczbami: 1,000 — 1,259 — 1,585 — 1,995 — 2,512 — 3,162 — 3,981 — 5,013 — 6,310 — 7,943 — 10,000. Te same liczby, pomnożone przez 10, 100, 1000, względnie 10000, służą także dla odcinków 10—100, 100—1000 i t. d.

II. O. M. Chodziło tu o 5-miesięcznego oseska, sztucznie żywionego mączką Nestlea, a przyjętego w późnym okresie choroby. Widzimy, jak pod wpływem swoistego leczenia, podobnie jak w przypadku I., znikają meningokoki, cofa się zapalenie i ropienie. Proces leczniczy zostaje tu jednak wcześnie powstrzymany przez ostre, szybko do śmierci wiodące zapalenie płuc odoskrzelowe, przyczem zapalenie opon, które już miało





cechę raczej surowiczą, zaostrza się i przerzuca z powrotem w ropienie.

Badanie pośmiertne wykazało na oponach mózgu i rdzenia rozległe i grube pokłady ropne, a w komorach mętną ciecz, zawierającą strzępki ropy.

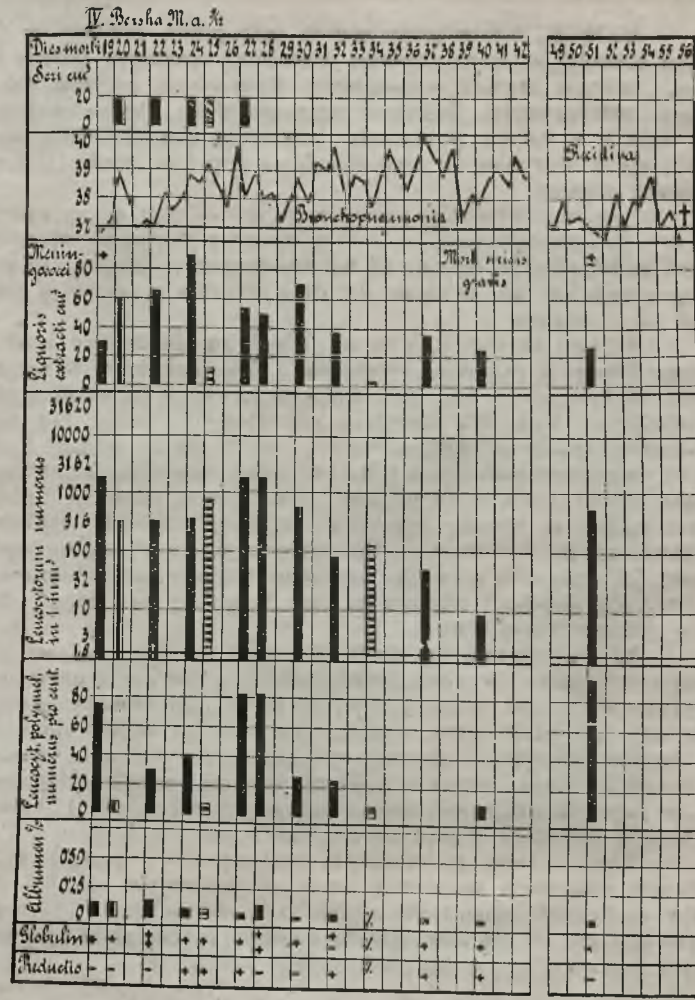
III. R. R., osesek 4-miesięczny, przyjęty w 15. dniu choroby w stanie beznadziejnym z kurczowem porażeniem kończyn i kurczami tężcowymi całego ciała.

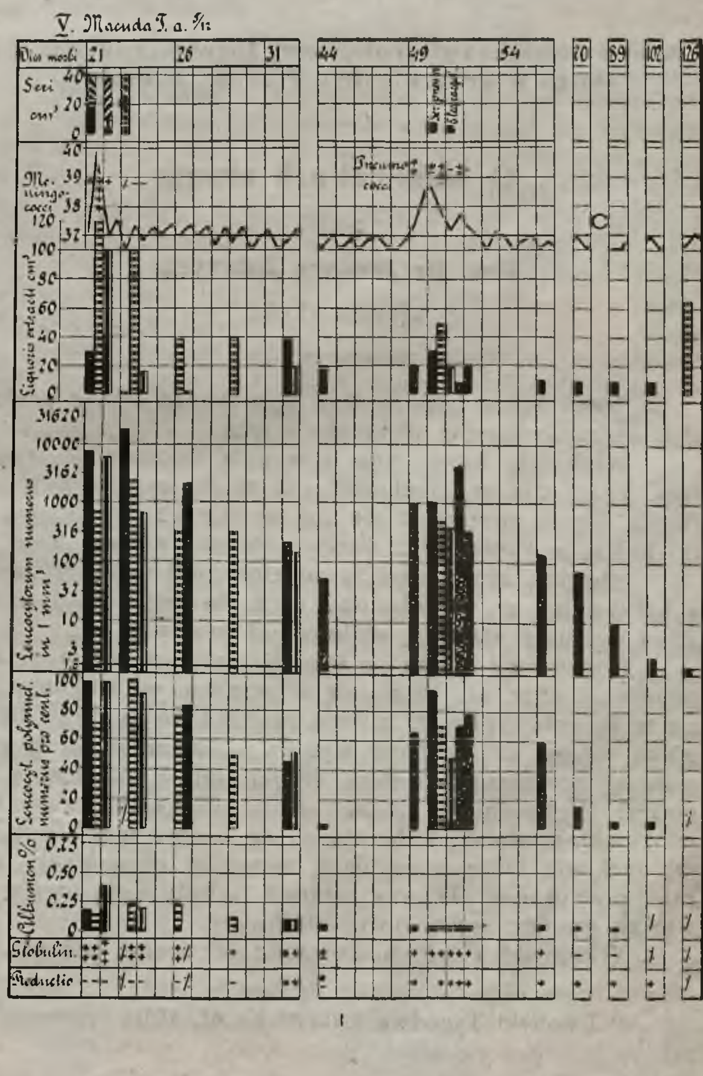
Surowica bez wpływu. Badanie pośmiertne wykazuje rozległe i grube pokłady ropy w oponach, obok tego rozległe zakrzepy zatok żylnych z następowemi wybroczynami do tkanki mózgowej. W płucach i w tym przypadku świeże ogniska zapalne.

IV. B. M., 9-miesięczne dziecko, od początku sztucznie żywione, przyjęte w 19. dniu choroby.

Surowica, wstrzykiwana dokomorowo, nardzeniowo i namózgowo, osiąga i tutaj zniknięcie meningokoków i po pewnych wahaniach prawie zupełne cofnięcie się zapalenia przy minimalnym udziale ropienia. Stan ogólny dziecka mimo to powoli podupada; cierpi ono od początku na niestrawność, na nieżyt oskrzelowy, doprowadzający do zapalenia płuc odoskrzelowego z przebiegiem podostrym, przebywa ciężką chorobę posurowiczą z rozsianymi naciekami w skórze, które przechodzą w powierzchowne owrzodzenia. Gdy wśród tych okoliczności 51. dnia choroby następuje nawrót sprawy meningokokowej, nie można już myśleć o powtórzeniu leczenia surowicą.

Badanie pośmiertne wykazało w oponach miękkich rozległe żółtawo-szare nacieki i zgrubienia, prócz tego zlepy z oponą twardą. Tylko w trzech miejscach, mianowicie na przednich biegunach obu płatów skroniowych i na dolnym robaku wyraźnie ropne nacieki. Poza tem zapalne wodogłowie. W płucach ogniska zapalne, częściowo zlewające się ze sobą, o ropnym charakterze.





V. M. F., 5-miesięczny osesek przy piersi, przyjęty w 21. dniu choroby, okazuje sztywny niedowład kończyny górnej lewej i znaczne zapalne wodogłowie. Komory są przytem zakażone niezliczonemi ilościami meningokoków, które widzimy w osadzie w całych pokładach, przeważnie pozaciałkowo, okazują zaś w stosunku do tego zakażenia zupełnie niedostateczny odczyn zapalny.

Leczenie surowicą, przeprowadzone w tym rozpaczliwym przypadku energicznie i po raz pierwszy z przewagą wstrzykiwań namózgowych, okazuje się bardzo skuteczne. Swoista sprawa ropna cofa się tak, że około 44. dnia choroby musi się ją uważać za wyleczoną.

W tym okresie rozwija się jednak zapalenie ucha środkowego lewego z prątkami błoniczymi i pneumokokami w wypływie. W łączności z tem powikłaniem powstaje zapalenie pneumokokowe opon. Na szczęście pneumokoki okazują się mało jadowite: myszy zaszczepione nimi chorują, ale nie padają. Surowicą przeciwpneumokokową Mercka i elektrargolem, wstrzykniętymi nardzeniowo, dokomorowo i namózgowo, udaje się opanować także i tę sprawę oponową, przebiegającą, jak wiadomo, prawie zawsze śmiertelnie. Następuje poprawa w stanie ogólnym, 74. dnia chory zaczyna się nawet uśmiechać i mimo wychudzenia dziecka i uderzającej jego lękliwości wszystko zdaje się być na dobrej drodze.

W tem rozwija się około 101. dnia sprawa grypowa, początkowo prawie bezgorączkowa, potem z nieregularnemi, częściowo znacznemi wzniesieniami ciepłoty. Wyczerpany poprzedniemi sprawami ustrój dziecka nie jest już zdolny do walki z nowem zakażeniem. Rozwija cię krańcowe osłabienie, apatya, senność, w końcu pojawiają się objawy niedomogi oddychania, a w szczególności niedowładu lewej części przepony i 129. dnia choroby następuje zejście śmiertelne.

Przy badaniu pośmiertnem znaleziono w oponach tylko zmiany pozapalne: zgrubienie opon, szczególniej w obrębie płatów czołowych, ziarnistość wyściółki komórkowej, wodogłowie wewnętrzne. W płucach ogniska zapalne, w jelitach objawy nieżytu przewlekłego, w kościach zmiany krzywicze.

(Dokończenie nastąpi).

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (Dyr. Prof. Dr. A. Rosner).

O włókniakach sromu

podał

Doc. Dr January Zubrzycki

asystent kliniki.

Przed kilku laty miałem sposobność opisać przypadek uszypułowanego włókniaka sromu [1]).

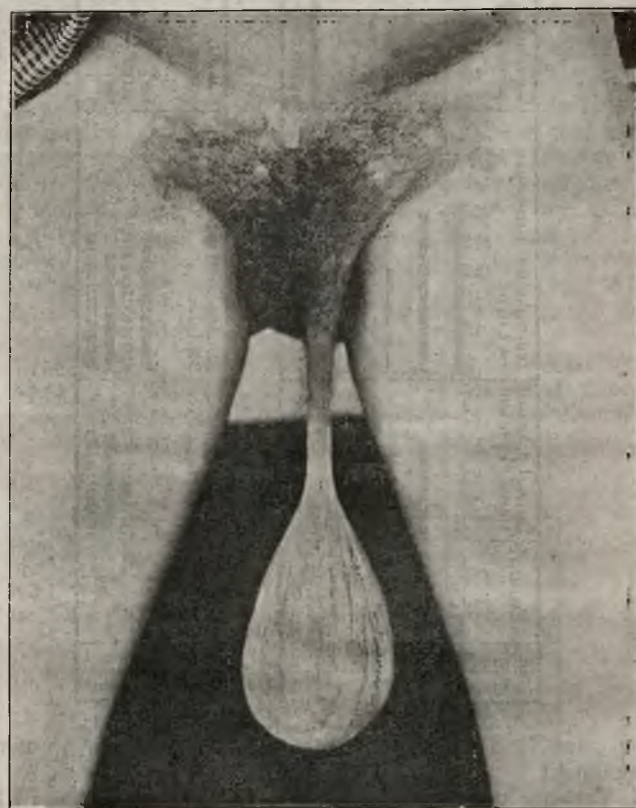
Włókniak, który wraz z szypułą operacyjnie usunąłem, ważył 560 gr, dochodził do wielkości głowy noworodka, sięgał, zwieszając się na szypule 12 cm długiej, aż do kolan, a wychodził z wargi sromowej wielkiej lewej.

Obecnie spostrzegałem zupełnie podobny przypadek a korzystając ze sposobności, chcę do jego opisu dodać kilka ogólnych uwag o włókniakach sromu.

Nowotwory sromu nie są codziennie spotykanem cierpieniem, a choć nie różnią się w zasadzie od znajdujących się w innych okolicach ustroju, przecież zasługują na szczególną uwagę. Ze statystyk wynika niezaprzeczenie, że częstsze są nowotwory złośliwe sromu, aniżeli nowotwory łagodne. Z łagodnych najczęstsze są włókniaki, względnie włókniako-mięśniaki i tłuszczaki, ale oprócz nich spotykamy niekiedy także naczyniaki, nerwiaki, chrząstniaki, śluzaki, potworniaki. Te trzy ostatnie rodzaje stoją niewątpliwie na granicy nowotworów złośliwych.

Włókniaki i włókniako-mięśniaki sromu sadowią się przeważnie na wargach sromowych wielkich, co jednak nie wyłącza i innej siedziby, n p. na wargach małych (Bovée), łechtaczce (Bocheński, Bylko) i t. d. Leżą one albo w tkance podskórnej, tworząc kuliste wypuklenie, albo wiszą na krótszej lub dłuższej szypule. Początkowo małe, nie wywołujące prawie żadnych objawów, mogą powoli rozrastać się i dochodzić do znacznych rozmiarów. Naprzykład w przypadku Holzmanna włókniak, wychodzący z wargi większej prawej, ważył 6850 gr i sięgał aż do kolan, a w przypadku Geroulanosa zoperowany włókniak sromu ważył 8500 gr.

Samo rozpoznanie włókniaka nie powinno natrafiać właściwie na żadne trudności, chociaż w początkach tworzenia się guza pomyłki z wybujałościami słoniowatemi, torbielowatem zwyrodnieniem gruczołów Bartoliniego lub przepuklinami mogą się jednak zdarzyć.



Fotografia przedstawia guz opisany w r. 1910. Badaniem histologicznem stwierdzono utkanie miękkiego włókniaka. Tkanka włóknista była luźna, obrzękła, a wśród niej naczynia porozszerzane.

Włókniaki sromu już to z powodu swojej siedziby, już też wielkości, wywołując szereg zboczeń czynnościowych, stają się uciążliwe dla chorej. Do zboczeń tych zaliczamy n. p. rozmaite nieprawidłowości w oddawaniu moczu, wywołane przez ucisk guza na cewkę moczową lub przez jej przesunięcie, niemożność, względnie upośledzenie spółkowania z powodu zwężenia szpary sromowej, nieprzyjemne uczucie ciała obcego, a nawet przy znaczniejszej wielkości guzów—utrudnienie przy chodzeniu. Włókniaki sromu rozwijają się początkowo pod skórą śródtkankowo, w miarę wzrostu jednak mogą własnym ciężarem, wypukliwszy się znacznie na zewnątrz, wyciągać skórę i w ten sposób stopniowo wytwarzać sobie szypułę, której długość w niemałym stopniu zależy od wagi guza i czasu trwania cierpienia.

Jak powszechnie wiadomo, rokowanie w przypadkach włókniaków sromu jest dobre; po usunięciu drogą operacyjną nie powracają one nigdy. Zabieg operacyjny sam przez się nie przedstawia żadnych trudności ani też niebezpieczeństw. W znieczuleniu miejscowem dadzą się z łatwością tak uszypułowane, jak i nieuszypułowane guzy usunąć, pierwsze przez amputacyę u nasady wraz z szypułą, drugie

[1]) Lwowski Tygodnik lekarski Nr 41, 1910.

przez wyłuszczenie z tkanek otaczających. Po zabiegach pozostałe, ledwo widoczne blizny nie zniekształtniają zazwyczaj sromu i nie stanowią nigdy punktu wyjścia dla żadnych podmiotowych ani przedmiotowych dolegliwości. Przy zabiegu należy zwrócić szczególniejszą uwagę na zatamowanie krwotoku z przeciętych naczyń. Każde naczyńko krwawiące, choćby najmniejsze, powinno być podwiązane. Już po skończonym zabiegu bowiem występujące krwotoki stają się powodem wylewów krwawych do sąsiednich tkanek lub do jamy, powstałej przez usunięcie guza i wywołują tamże nagromadzenie większej lub mniejszej ilości skrzepów. Wobec zaś niebezpieczeństwa łatwego zanieczyszczenia rany, czy to ze strony pochwy, czy też ze strony odbytu, zachodzi w takich przypadkach obawa zakażenia i ropienia. Powikłanie to, którego przy uwadze łatwo uniknąć, pociąga za sobą w najlepszym razie długie leczenie i brzydką, zniekształtniającą srom bliznę.

Bezkrwawo, że tak powiem, wykonany zabieg zmniejsza możliwość ropienia, usuwając martwą, znakomitą pożywkę dla drobnoustrojów, z którymi żywa tkanka dzięki swojej odporności daje sobie radę, a które w skrzepach krwi bezkarnie mogą się rozwijać.

Włókniaki, usadowione na sromie, należy usuwać nawet i w takim przypadku, w którym nowotwór, nieznacznie rozwinięty, nie sprawia chorej żadnych dolegliwości. Wiadomo bowiem po pierwsze, że klinicznie nie możemy rozróżnić włókniaków względnie włókniako-mięśniaków od mięsaków, których punktem wyjścia mogą być tesame tkanki, a które wyglądem nie różnią się od włókniaków; po drugie zaś same włókniaki względnie włókniako-mięśniaki mogą uledz zwyrodnieniu mięsakowatemu. Wobec zaś złego rokowania złośliwych nowotworów sromu należy zawsze doradzać operacyę, ponieważ nigdy tych dwóch możliwości wykluczyć nie możemy.

Usunięty guz należy z tych samych powodów również zawsze bezwarunkowo poddać badaniu histologicznemu.

Przypadek, jaki niedawno miałem sposobność spostrzegać w klinice krakowskiej, dotyczy chorej Z. R. l. 50, l. dz. 194/1914, zamężnej od lat 32. Według wywiadów pierwsza miesiączka w 14. roku życia, miernie obfita, prawidłowa; następne regularnie co cztery tygodnie. Chora nie rodziła ani razu; raz poroniła w trzecim miesiącu przed przeszło trzydziestu laty.

Przed dwoma mniej więcej laty zauważyła chora na lewej wardze sromowej większej jakiś twór, który potem stale się powiększał i obniżał ku dołowi. Chora nie przypomina sobie jego początkowej postaci ani wielkości. Wraz ze wzrostem guza zwiększał się i niepokój chorej i ten sprawił, że chora nareszcie zgłosiła się do kliniki, twierdząc, że narośl sama nietyle jej dokucza, ile strachu nabawia.

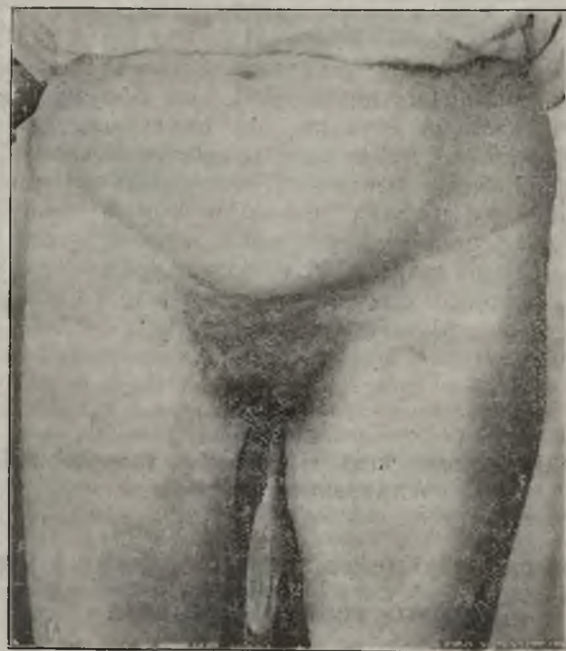
Badanie stwierdziło u kobiety miernie odżywionej, bez żadnych zmian w narządach wewnętrznych, między udami guz, zwieszający się na szypule, wychodzącej z lewej wargi sromowej większej. Guz ten jest podługowato-owalny, o osi podłużnej, długiej 10 cm, niebolesny, wiotki, flakowaty, wszędzie jednakowej zbitości, niechełboczący. Skóra na nim pofałdowana i pomarszczona, łatwo daje się ująć w fałd, nie naciekła; przez nią przeświecają silnie porozszerzane naczynia krwionośne. Szczyt guza sięga mniejwięcej do połowy uda. Szypuła długości 4 cm, grubości wskazującego palca, szersza nieco u nasady, zawiera naczynia krwionośne znacznie porozszerzane i wyraźnie krwią wypełnione.

Załączony rysunek uwidocznia wyraźnie siedzibę i postać guza.

Rozpoznano: Włókniak uszypułowany lewej wargi sromowej większej.

W znieczuleniu miejscowem usunięto guz, amputując go wraz z szypułą u nasady przy wardze sromowej. Ranę, przez ten zabieg powstałą, po podwiązaniu krwawiących naczyń, zaszyto szwami jedwabnymi. Po wygojeniu i wyjęciu szwów, oprócz małej linijnej blizny na lewej wardze większej, mniej więcej w jej środkowej części, srom zupełnie prawidłowo zbudowany, żadnych zmian nie okazuje.

Usunięty guz waży 256 gr. wraz z szypułą i pokryty jest skórą zupełnie prawidłową, pofałdowaną. Na przekroju ma utkanie jednostajne, galaretowate, białawe. Drobnowid stwierdza utkanie zupełnie analogiczne do dawniej przezemnie opisanego przypadku: tkanka włóknista, luźna, nieco obrzękła, wśród której leżą liczne porozszerzane naczynia krwionośne. Rozpoznanie anatomiczne opiewa: miękki włókniak.



Tak więc w obu przezemnie spostrzeganych przypadkach chodziło o uszypułowanego włókniaka sromu, wychodzącego z wargi większej lewej. Na załączonych fotografiach obu przypadków jest tak uderzające podobieństwo, że nasuwa się myśl jednego i tego samego punktu wyjścia dla obu tych guzów.

Etyologia i punkt wyjścia włókniaków względnie włókniako-mięśniaków sromu do dziś dnia jeszcze niezupełnie jest jasna. Jednem z najstarszych tłómaczeń powstawania tych nowotworów na sromie jest dzisiaj już nie wytrzymujące krytyki tłómaczenie Scanzoniego, który podaje jako przyczynę tych guzów wylewy krwawe, przygodnie powstające na sromie i w jego okolicy. Wychodząc z punktu widzenia anatomo-patologicznego, Kiwisch, Zielewicz i Klob twierdzą, że włókniaki sromu wychodzić mogą z okostnej kości miednicy, z powięzi miednicy lub pod skórą się znajdującej tkanki łącznej.

W nowszych czasach wielkie znaczenie w tej sprawie przypisuje Sänger końcowym wiązkom więzadła obłego macicy, które, jak wiadomo, po wyjściu z kanału pachwinowego gubi się w tkankach, tworzących wargi sromowe duże. Nie ulega prawie żadnej wątpliwości, że powstanie niektórych omawianych nowotworów możemy wytłómaczyć zapatrywaniem Sängera. Dotyczy to guzów, które sadowią się w okolicy zewnętrznego otworu kanału pachwinowego i w górnej części warg sromowych wielkich. Za słusznością zapatrywania Sängera przemawia to, że stosunkowo często więzadło obłe już w kanale pachwinowym i w jamie brzusznej jest punktem wyjścia nowotworów o charakterze łącznotkankowym, dalej to, że badania anatomiczne udowodniły niezaprzeczenie, tak na podstawie przebiegu naczyń, zaopatrujących te guzy w krew, jak niemniej na podstawie bardzo często stwierdzanego bezpośredniego połączenia pomiędzy nowotworem, a więzadłem obłem, związek pomiędzy pierwszym i drugimi.

Nie mogę pominąć milczeniem także i tego, że w wielu przypadkach włókniaków sromu, i to rozwijających się przeważnie nie na wargach dużych i sięgających głęboko w tkanki, punktu wyjścia w myśl zapatrywań Kiwischa, Zielewicza i Kloba szukać należy w okostnej i powięzi miednicy.

Nowotwory jednak takie, jakie na załączonych ryci-

nach przedstawiłem, powstają pomimo wszystko bezwątpienia najczęściej z tkanki łącznej skóry właściwej i nie mają nic wspólnego ani z więzadłem obłem macicy, ani z okostną, ani też z powięzią miednicy. Należą zatem do włókniaków, mających swój punkt wyjścia w skórze i wytwarzają się (Recklinghausen) w głębszych warstwach skóry, a zwłaszcza w jej warstwie siateczkowatej.

Opisane przezemnie oba włókniaki nie różnią się od włókniaków miękkich (fibromata mollusca), zdarzających się w skórze innych okolic ciała, ani budową histologiczną, ani ogólnym obrazem, ani nawet sposobem wzrostu; do jakich zaś kolosalnych rozmiarów dochodzić mogą tego rodzaju skórne nowotwory, to objaśnia najlepiej przypadek, opisany przez Virchowa, w którym usunięty guz ważył 16 kilogramów i przypadek, opisany przez Whiteheada, w którym taki miękki włókniak, usadowiony na ramieniu, dochodził do wagi 45 kilogramów i stał się powodem amputacyi całej kończyny górnej.

Z oddziału ocznego kraj. szpitala św. Łazarza (Prym. Dr. Witaliński) w Krakowie.

O wrzodzie pełzającym rogówki i jego nowoczesnem leczeniu

podał

Dr. Edmund Rosenhauch.

Cierpienie oczne, które nazywamy wrzodem pełzającym (ulcus serpens) rogówki, stanowi dobrze dziś scharakteryzowany obraz chorobowy.

Dokładniejsze zbadanie tego cierpienia zawdzięczamy pracom Rosera, Arlta, Saemischa, Vossiusa, Mc. Naba i Fuchsa. Roser nazwał wrzód rogówki z ropą w przedniej komórce: »hypopyonkeratitis«. Arlt wprowadził nazwę: »ropień rogówki (abscessus cornae)«, Saemisch: »wrzód pełzający (ulcus corneae serpens)«, a Stellwag: »wrzód zakaźny (Ulcus corneae septicum)«. Etyologicznie została choroba ta wyjaśniona wtedy, kiedy badania bakteryologiczne Gasparriniego, a zwłaszcza Uthoffa i Axenfelda wykryły, a prace Bacha i Neumanna, Hertla, Römera, Neddena, Rosenhaucha i innych potwierdziły, że z wielu różnych postaci ropnego zapalenia rogówki, jedna przedstawia niemal typowy obraz: a miawowicie jestto postać, wywołana przez dwoinki zapalenia płuc Fränkla-Weichselbauma.

I tak uważamy dziś za wrzód pełzający rogówki owrzodzenie z ropą w przedniej komórce, które powstaje wskutek powierzchownego zranienia nabłonka rogówki i zakażenia dwoinkami zapalenia płuc; owrzodzenie to szerzy się szczególnie ku jednej stronie, tworząc w tem miejscu żółtawo nacieklý brzeg postępujący. Z pewnością nie wszystkie wrzody pełzające mają za tło przyczynowe dwoinki zapalenia płuc; w rzadszych przypadkach wywołują takie wrzody dwuprątki Moraxa-Axenfelda, najczęściej jednak obraz nie bywa wówczas zupełnie typowy. Z drugiej strony zdarzają się owrzodzenia rogówki na tle zakażenia dwoinkami Fränkla-Weichselbauma, które klinicznie wyglądają atypowo, n. p. po pryszczykach rogówki.

Wrzód pełzający rogówki spotykamy wogóle u dzieci tylko rzadko, najczęściej występuje on w średnim i późnym wieku, u wyrobników, u kamieniarzy i górników, oraz u rolników w okresie żniw; ci bowiem robotnicy najbardziej narażeni są na drobne urazy rogówki. Bardzo rzadko znajdują się mikroby na samem ciele obcem, które wywołało zranienie oka, daleko częściej wnikają one w rankę z otoczenia: ze spojówki lub z woreczka łzowego.

Wiadomo bowiem, że dwoinki zapalenia płuc napotykano i na prawidłowej spojówce, a w przeważnej części przypadków zapalenia woreczka łzowego stwierdzano je w ropie. Tym sposobem wytwarza się groźne owrzodzenie z drobnej ranki, którąby się bez zakażenia w krótkim czasie zagoiła.

Do niedawnego czasu sprawiało leczenie wrzodu pełzającego rogówki wielkie trudności, a nieraz zdarzało się, że pomimo bardzo starannego i energicznego leczenia wrzód postępował coraz dalej, przyłączały się różne powikłania i sprawa kończyła się zniszczeniem rogówki, a nierzadko i całego oka.

Zbytby daleko mnie zaprowadziło, gdybym chciał wymieniać wszystkie środki i sposoby leczenia tego cierpienia, a sam fakt, że ich było wiele, dowodzi, że były to tylko próby ze skutkiem niezawsze pewnym.

I tak Wicherkiewicz wprowadził pyoktaninę, Gabrielides żółć wyjałowioną, Nieznamow, Frank i Hertel leczenie światłem, Lenz surowicę wołu odpowiednio uczuloną, Kuhnt zeskrobywanie nacieku ostrą łyżeczką i pokrywanie owrzodzenia płatem spojówkowym.

Z zabiegów chirurgicznych zajmowało przecięcie rogówki (Saemisch) przez długie lata pierwsze miejsce, z biegiem czasu jednak i ten zabieg okazał się bądź zbyt niebezpiecznym, bądź niedostatecznym i coraz bardziej ustępował miejsca przyżeganiu galwanicznemu. [Gayet, Sattler, Michel, Fuchs, Eversbusch i i.]. Przyżegano jednak tylko miejsca naciekłe, zwłaszcza brzeg postępujący; niekiedy trzeba było przyżeganie powtórzyć raz lub nawet kilkakrotnie.

Obok przyżegania używa się nacinania rogówki u dołu nożykiem grotowym w takich przypadkach, w których ropa, znajdująca się w przedniej komórce, jest gęstą i pomimo zwykle stosowanych zabiegów nie ustępuje.

Z zabiegów chirurgicznych pomocniczych, mających na celu leczenie wrzodu pełzającego, podał jeszcze Eversbusch przecięcie zewnętrznego kąta powiekowego [passagere Blepharotomie], wychodząc z założenia, że spastyczny kurcz powiek i ucisk, wywierany przez to na wrzód rogówki, opóźnia jego gojenie się. Dzięki temu zabiegowi zmniejsza się możliwość pęknięcia dna owrzodzenia, a wskutek zmniejszenia ucisku na żyły spojówkowo-twardówkowe usuwa się przekrwienie i tem samem ułatwia się odżywianie schorzałej rogówki. Do podobnego celu miały prowadzić niedawno ponownie do leczenia wrzodu pełzającego zastosowane podspojówkowe wstrzykiwania soli lub sublimatu (Römer, Wessely, Leber i i.). Jednakże i to leczenie, wprowadzone do okulistyki jeszcze przed 49 laty przez Rothmunda, nie spełniło pokładanych w niem nadziei.

Wspomnieć wreszcie należy i o surowicy przeciwdwoinkowej Römera (Antipneumokokkenserum). Wiadomo, że oko bierze udział w sprawach immunizacyjnych całego ciała (Ehrlich, Löffler, Römer). Wiadomo również, że rogówka w prawidłowych warunkach nie ma naczyń, że zaopatrywanie jej w materyał odżywczy i bakteryobójczy odbywa się na drodze przenikania (dyffuzyi) z naczyń rąbka i z cieczy przedniej komórki. Te warunki z góry nie rokowały wielkich wyników leczeniu owrzodzeń rogówki podskórnemi wstrzykiwaniami surowicy.

Nową przeszkodą w leczeniu wrzodu pełzającego surowicą była trudność otrzymania odpowiednio wielowartościowej surowicy, bo te, któremi rozporządzano, okazały się za słabe. W końcu i z tem trzeba się było liczyć, że podobnie, jak rozmaite paciorkowce, tak też i dwoinki zapalenia płuc przedstawiają różnice szczepowe. Nic dziwnego, że surowica otrzymana zapomocą jednego szczepu, nie działa na zakażenie, wywołane szczepem odmiennym. Dlatego też wyniki leczenia surowicą Römera bywały rozmaite i dziś ten sposób leczenia coraz mniej ma zwolenników.

Rzecz prosta, że wszystkie te zabiegi wykonywa się po dokładnem zbadaniu i usunięciu źródła zakażenia.

O ile woreczek łzowy jest zajęty, leczy się zapalenie woreczka (wycięcie woreczka, lub przecięcie dolnej przewódki łzowej i wystrzykiwanie woreczka płynami przeciwgnilnymi); jeśli

zakażenie rogówki nastąpiło ze spojówki, dotkniętej n. p. nieżytem dwoinkowym (Diplokokkenconjunctivitis), leczy się spojówkę i t. d.

W najnowszych czasach podał Müller leczenie wrzodu pełzającego (i wogóle owrzodzeń rogówki) zapomocą balsamu peruwiańskiego (Bals. peruv. 1·0, Olei Ricini 2·0. Misc. exactissime d. adde Ol. oliv. 10·0—20·0). Müller utrzymuje, że wyniki były bardzo dobre. Niedawno również podał Wessely przyżeganie owrzodzeń zapomocą gorącej pary wodnej lub alkoholowej, pragnąc jaknajmniej tkanki zdrowej niszczyć. Po przyżeganiu bowiem galwanicznem pozostają zazwyczaj plamy rogówkowe dość zbite, upośledzające w znacznym stopniu bystrość wzrokową. Ale i te najnowsze zabiegi nie zyskały sobie trwalszego prawa obywatelstwa.

Sprawa leczenia odrazu wzięła inny obrót, kiedy cenne badania Morgenrotha i Lewyego wskazały, że można skutecznie wpływać na zakażenia dwoinkami zapalenia płuc zapomocą pewnych połączeń, pochodnych chininy. — A mianowicie okazała się etylhydrokupreina czyli optochina w tym względzie najlepiej działającym środkiem.

Srodek ten istnieje w dwojakiej postaci: jako chlorek (Aethylhydrocupreinum hydrochloricum wzgl. obecnie Optochinum hydrochloricum) i jako optochina zasadowa (O. basicum). Chlorek optochiny, którego dotąd przeważnie używano, jest to białawy proszek, łatwo w wodzie rozpuszczalny; przy nieznacznie zasadowem oddziaływaniu strąca się z rozczynu biały kłaczkowaty osad.

Morgenroth i jego współpracownicy (Halberstädter, Levy, Kaufmann, Ginsberg i i.) udowodnili, że jeśli myszom, zakażonym dwoinkami zapalenia płuc, wstrzyknąć raz lub kilkakrotnie rozczyn etylhydrokupreiny, to wielka część zwierząt pozostaje przy życiu, albo ginie znacznie później od zwierząt, nie leczonych etylhydrokupreną. Dalej stwierdzili Wright, Tugendreich i Russo, że etylhydrokupreina także w doświadczeniu »in vitro« ma wybitne bakteryobójcze własności w stosunku do dwoinek zapalenia płuc.

Streszczam pokrótce za Goldschmidtem wyniki doświadczeń wspomnianych badaczy, o ile one mają znaczenie dla klinicznego stosowania etylhydrokupreiny:

1. Z chininy i środków od niej pochodnych wywiera etylhydrokupreina najwybitniejsze chemoterapeutyczne działanie na dwoinki zapalenia płuc.

2. Działanie chemoterapeutyczne występowało wobec wszystkich dotąd badanych typowych szczepów dwoinek Fränkla-Weichselbauma, o rozmaitej jadowitości.

3, Działanie etylhydrokupreiny polega przeważnie na bezpośredniem niszczeniu dwoinek. Tworzenie się niweczników nie odgrywa żadnej lub tylko nieznaczną rolę.

4. Wytworzenia odporności szczepów dwoinkowych na etylhydrokupreinę unika się przez jaknajenergiczniejsze, szybko po sobie następujące okresy leczenia.

5. Zapobiedz zakażeniu dwoinkami można niemal z pewnością przez kilkakrotne leczenie.

6. W rozczynie surowiczym następuje »in vitro» przy rozcieńczeniu etylhydrokupreiny w stosunku 1:800.000 powstrzymanie rozwoju dwoinek, a w stosunku 1:400.000 dwoinki giną. Gronkowce ulegają nieznacznym wpływom, na prątki paratyfusu wpływu niema.

7. Zarówno w doświadczeniu na zwierzęciu, jak »in vitro« można w pewnych warunkach otrzymać trwałą odporność szczepu dwoinkowego.

8. Przy użyciu etylhydrokupreiny w rozczynach aż do 5% nie występują na oku królika trwałe uszkodzenia.

9. Etylhydrokupreina znieczula oko u królików. Czas wystąpienia i trwania tego znieczulenia jest przy użyciu rozczynu 1% niestały.

Z doświadczeń Morgenrotha i jego uczniów możemy wysnuć następujące wskazówki lecznicze:

Należy rozpocząć leczenie o ile możności rychło, stosując środek w możliwie silnem zgęszczeniu i powtarzając zakraplanie jak się da najczęściej, aby zniszczyć dwoinki i nie dopuścić do wytworzenia się trwałej ich odporności. Nie powinno się przekraczać granicy rozczynu 5%.

To 5% zgęszczenie rozczynu wypadło niebawem wybitnie obniżyć, skoro etylhydrokupreinę zastosowano do leczenia owrzodzeń rogówki u ludzi.

Leber i Goldschmidt pierwsi zdają sprawę z korzystnego wyniku leczenia owrzodzeń rogówki etylhydrokupreiną na zjeździe okulistów w Heidelbergu w r. 1913. Niebawem ogłasza Goldschmidt swe wyniki z kliniki lipskiej (Sattler), a równocześnie donosi Schur o korzystnych wynikach z kliniki w Tübingen (Schleich). Trzecią wreszcie z kolei pracą jest artykuł Kümmla z kliniki w Erlangen (Oellen). Technika lecznicza u obu pierwszych autorów była różną.

Goldschmidt zakrapla co godzinę 1% rozczyn etylhydrokupreiny do worka spojówkowego w dość znacznej ilości, tak, aby płyn całkowicie pokrywał rogówkę. Rogówka powinna ½ minuty kąpać się w rozczynie. Leczenie to stosuje Goldschmidt aż do zupełnego oczyszczenia owrzodzenia, poczem dopiero stosuje miesienie 5—10% maścią nowiformową, rzecz oczywista obok atropiny i ciepłych okładów. Silniejsze rozczyny: 1·5—2% wywoływały martwicę nabłonka spojówkowego, 3—5% prócz tego jeszcze obrzmienie (chemosis) i powierzchowne zmętnienie rogówki, które dopiero po tygodniach ustępowało. Goldschmidt stosował również 1—2% podspojówkowe wstrzykiwania etylhydrokupreiny. Naraz wstrzykiwał on 0·5 cm³ rozczynu. Przy użyciu 1% rozczynu występowało silne obrzmienie (chemosis), przy 2% martwica spojówki i tkanki nadtwardówkowej. Goldschmidt uzyskał bardzo dobre wyniki przy zakraplaniu 1% rozczynu i to w przypadkach wrzodów pełzających, ostrych zapaleń ropnych woreczka łzowego, a także w przypadkach nieżytu dwoinkowego przed operacyą zaćmy lub u tak zwanych roznosicieli zarazków w worku spojówkowym (Pneumokokkenträger). Należy również wspomnieć, że kilka razy stosował Goldschmidt etylhydrokupreinę zasadową w maści, również z pomyślnym wynikiem.

Schur używał prócz wkraplania w niektórych przypadkach innego jeszcze sposobu: wacikiem, napojonym 2% etylhydrokupreiną, dotykał dna owrzodzenia, lekko ugniatając, aby płyn zdołał wniknąć w głębsze warstewki nacieku. Starał się przytem dotykać tylko miejsc, zajętych owrzodzeniem, aby nie niszczyć niepotrzebnie zdrowej tkanki. Wacik trzymał tak długo na owrzodzeniu, aż rogówka w okolicy uległa lekkiemu zmętnieniu. Był to dowód, że etylhydrokupreina wniknęła w głąb.

Z powikłań zauważył Schur czasem złuszczenie nabłonka, występujące w sąsiedztwie wrzodu, obrzmienie (chemosis) przemijające i również szybko ustępujące powierzchowne zniszczenia nabłonka spojówkowego. Schur także nazywa etylhydrokupreinę idealnym lekiem na owrzodzenia rogówki.

Kümmel stosował zakraplanie i dotykanie (Schur) i w 24 przypadkach miał doskonałe wyniki.

Wspomnieć także należy o Darierze i Kuhncie, którzy w kilku przypadkach stosowali etylhydrokupreinę i gorąco ją polecają.

Po ogłoszeniu pierwszych spostrzeżeń Goldschmidta i Schura rozpocząłem próby z tym środkiem na oddziale ocznym krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie. Prym Dr. Witaliński chętnie oddał mi chorych, leczonych tym środkiem do obserwacyi i odstąpił przypadki te do ogłoszenia.

1. O. J. l. 47, robotnik, zgłosił się 19. IV. i podał, że go od tygodnia prawe oko boli, ropieje, łzawi. Leczony na miejscu. Obecnie silne bóle głowy.

Stan: Prawe oko: Woreczek wolny, silne przekrwienie spojówki, nastrzykanie rzęskowe. Na rogówce tuż poniżej środka owrzodzenie w wewnętrzno-dolnej ćwiartce 5—6 mm średnicy, głęboko naciekłe, obwód nieco wyniosły, rogówka w okolicy dość silnie szaro zmętniała, ropa w komórce (hypopyon) 2 mm, przednia komora miernie głęboka, źrenica wązka, silne przekrwienie tęczówki. V 1/∞. Badanie bakteryologiczne: dwoinki zapalenia płuc.

Rozpoznanie: Ulcus corn. serpens, hypopyon, iritis oc. dextr.

Leczenie: Etylhydrokupreina 1% co godzinę, atropina, ciepłe okłady.

Po dwóch tygodniach chory na własne żądanie opuszcza szpital. Badanie przy odejściu: Pr. o. Spojówka lekko przekrwiona, ślad nastrzykania rzęskowego. W miejscu owrzodzenia plama, w głębi na dnie jeszcze delikatny naciek. Przednia komora

miernie głęboka, źrenica okrągła, regularna, szeroka, wolna. Dotykanie sprawia bole. *V* pl. 3·5 m.

Przepisano: ciepłe okłady i maść nowiformową z atropiną. Atoli po upływie niespełna 2 tygodni chory wraca do szpitala »bo mu się pogorszyło«. I istotnie ów drobny naciek na dnie owrzodzenia jest większy (ziarno prosa) i bardziej zbity. *V* plc. 1·5 m. Zastosowano ponownie leczenie etylhydrokupreiną.

Po dziesięciu dniach: Naciek ustąpił, w jego miejscu plama, pokryta obficie powierzchownemi naczyniami. *V* plc. 5. m. Przepisano: maść rtęciową żółtą.

2. P. K. l. 46, żona wyrobnika rolnego, zgłasza się 26. IV. z powodu bólu oka od 2 tygodni. Leczona na miejscu atropiną i ciepłymi okładami.

Lewe oko: Silne przekrwienie i nastrzykanie rzęskowe. Przy kącikach obrzmienie (chemosis), zewnętrzno-górną $^1/_3$ część rogówki zajmuje owrzodzenie dość powierzchowne, poniżej w głębi rozległy naciek. Gęsta ropa w komórce (hypopyon) 3 mm. Woreczek wolny. Badanie bakteryologiczne: Nieliczne dwoinki zapalenia płuc, bradzo liczne dwuprątki Moraxa-Axenfelda.

Rozpoznanie: Ulcus corneae serpens, hypopyon, iritis oc. sin.

Leczenie: etylhydrokupreina 1% co godz. atropina, ciepłe okłady.

Zrazu stan się poprawił, ale potem (3/5) nastrzykanie rzęskowe wzmogło się, tęczówka silnie przekrwiona, naciek w głębi większy. Badanie bakteryologiczne: przeważnie dwuprątki Moraxa-Axenfelda. Wobec tego zastosowano cynk, atropinę, wstrzykiwania elektrargolu, ewentualnie przeznaczono do nakłucia.

18/5. Skąpa wydzielina, mierne nastrzykanie rzęskowe, $^2/_3$ dolne części rogówki zajęte tworzącem się bielmem o powierzchni lekko nierównej. Dołem zrost z tęczówką, od góry i strony wewnętrznej rogówka względnie czysta, źrenica szeroka, *V* plc. 40 cm.

Przepisano: ciepłe okłady, protargol, atropina z dioniną, zamierzając potem wykonać irydektomię.

3. Z. F. 38 l., wyrobnik rolny, zgłosił się 11. V.: Przed tygodniem skaleczył oko prawe odłamkiem kamienia, od tego czasu ból oka i głowy, a na oku »plama«.

Stan: Pr. o. Spojówka przekrwiona, nastrzykanie rzęskowe, na rogówce poniżej środka i nieco na wewnątrz dwa owrzodzenia, od skroni brzeg postępujący bardziej naciekły, ropa w komórce (hypopyon) $1^1/_2$ mm. Tęczówka przekrwiona, źrenica 2 mm. *V* plc. $^1/_2$ m. Badanie bakteryologiczne: Bardzo obfite dwoinki zapalenia płuc, nieliczne dwuprątki Moraxa-Axenfelda.

Rozpoznanie: Ulcus corneae serpens duplex, hypopyon, iritis oc. dextri.

Leczenie: co godzinę 1% etylhydrokupreina, atropina, ciepłe okłady.

Po 4 dniach opuścił chory szpital, przyczem zauważono, że ropa z komórki przedniej zupełnie znikła. owrzodzenie oczyszczone, plamka tworząca się — cienka, przeźroczysta. *V* plc. 3 m.

4. J. 65 l., wyrobnik, zgłosił się 12. V. Od tygodnia boli go lewe oko. Badanie wykazało co następuje: Woreczek wolny, silne przekrwienie spojówki, nastrzykanie rzęskowe, dołem obrzmienie (chemosis). Na środku rogówki owrzodzenie miernie nacieкłe 5 mm. średnicy, tęczówka przekrwiona, ropa w komórce 1 mm. *V* plc. 20 cm. Badanie bakteryologiczne: dwoinki zapalenia płuc.

Rozpoznanie: Ulcus corn. serpens, hypopyon, iritis oc. sin.

Leczenie jak w poprzednich przypadkach. 15. V. Ślad ropy w komórce, naciek owrzodzenia ustąpił, w tem miejscu białawo-szare zmętnienie o powierzchni lekko nierównej. *V* plc. 3 m. — 23. V. *V* plc. 5 m. ropa z komórki ustąpiła, na środku rogówki plamka przeświecająca. Przepisano maść żółtą.

5. D. F., lat 72, rolnik, zgłosił się 27. V. z powodu bólu oka prawego od 5 dni.

Stan: Pr. o. Wydzielina skąpa, śluzowa, nastrzykanie rzęskowe, tuż poniżej środka rogówki owrzodzenie owalne (6:4 mm) o brzegu postępującym, ku górze zwróconym, ropa w komórce (hypopyon) 1 mm, źrenica miernie szeroka (atropina). *V* plc. 2 m. Badanie bakteryologiczne: dwoinki Fränkla-Weichselbauma.

Rozpoznanie: Ulcus corn. serpens, hypopyon, iritis oc. dextr.

Leczenie, jak w poprzednich przypadkach.

Po 5 dniach chory opuszcza szpital: *V* plc. 5 m. Nastrzykanie rzęskowe słabe, w miejscu owrzodzenia plamka przeświecająca, źrenica szeroka regularna. Przepisano: maść żółtą z $^1/_4$% atropiną i ciepłe okłady.

6. Ż. A. l. 71, wyrobnik, zgłasza się 27. V.: oko lewe boli go od tygodnia.

Stan: Wydzielina śluzowa, nastrzykanie rzęskowe, w samym środku rogówki owrzodzenie 3 mm średnicy, od strony nosa dołem brzeg postępujący, ropa w komórce 1 mm, źrenica 2 mm. *V* plc. 30 cm. Badanie bakteryologiczne: dwoinki zapal. płuc.

Rozpoznanie: Ulcus corn. serpens, hypopyon, iritis oc. sin.

Leczenie: jak wyżej.

Po 8 dniach chory opuszcza szpital. Badanie wykazuje wówczas: ślad przekrwienia spojówki, na środku rogówki przeświecająca szarawa plama; ropa z komórki ustąpiła, rysunek tęczówki wyraźny, źrenica szeroka, okrągła, regularna. *V* $^6/_{30}$. Przepisano maść żółtą.

7. K. J. l. 53, rolnik, przybywa 12. V.: Od 3 tygodni ból oka lewego i głowy. Dawniej z oka tego ciekły łzy. Chory przybywa z kliniki, gdzie »wczoraj wykonano operacyę« (paracentesis corneae).

Badanie wykazało wydzielinę śluzowo-ropną obfitą, z woreczka obfita ciecz ropiasta, nastrzykanie rzęskowe, na rogówce wrzód w postaci ósemki, rozciągający się niemal od dolnego brzegu do górnego, brzeg postępujący wybitny, ku górze i dołowi, ropa zajmuje $^3/_5$ przedniej komory, rysunek tęczówki zatarty. *V* 1/∞. Badanie bakteryologiczne: dwoinki zapalenia płuc.

Rozpoznanie: Ulcus corn. serpens, hypopyon, iritis oc. sin.

Leczenie: nacięcie dolnej przewódki, przestrzykanie woreczka rozczynem kwasu borowego, H_2O_2 i etylhydrokupreiną, otwarcie sztylecikiem ranki po nakłuciu. Ropa nie wydobywa się, gdyż jest gęsta, również szczypczykami tylko nie wiele udało się wydobyć.

Leczenie dalsze: 1% etylhydrokupreina co godzinę.

Nazajutrz brzeg postępujący jakby obrzmiały, bardziej wyniosły. 18 V. Naciek słabszy, brzeg postępujący cienki, ropy w komórce mniej. 22. V. Ropa z komórki ustąpiła, dolna część rogówki czysta, w źrenicy szarawo-żółty wysięk (część zorganizowanego wysięku komórki), kurczy się, owrzodzenie rogówki utrzymuje się jeszcze górą. *V* 1/∞. Na własne żądanie chory został ze szpitala wypuszczony.

8. K. M., 15 mies., córka rolnika, przyprowadzona przez matkę 6. VII. gdyż od 3 tygodni prawe oko dziecka jest zaczerwienione i zamknięte.

Stan: Pr. o. światłowstręt, wydzielina mierna śluzowa, nastrzykanie rzęskowe, na środku rogówki owrzodzenie okrągłe $^1/_2$ mm średnicy o dnie nacieкłem, ropa zajmuje $^1/_8$ przedniej komory, źrenica wązka. Badanie bakteryologiczne: dwoinki zapalenia płuc.

Rozpoznanie: Ulcus corn., probabiliter post phlyctaenam, infectum hypopyon oc. dextri.

Leczenie: co godzinę 1% etylhydrokupreina, atropina, ciepłe okłady.

Po czterech dniach opuszcza chora szpital. Na środku rogówki ubytek o dnie czystem, ropa z komórki zupełnie ustąpiła, źrenica regularna, dziecko swobodnie otwiera oko. Przepisano: ciepłe okłady i maść żółtą.

9. S. F., 18 l., wyrobnik, zgłosił się 29. VI., przed 3 dniami zaprószył sobie oko prawe wapnem.

Badanie: Pr. o. Wydzielina mierna śluzowo-ropna, silne przekrwienie spojówki i nastrzykanie rzęskowe, środek rogówki zajmuje nieregularnie okrągłe owrzodzenie nacieкłe = 4 mm średnicy; gęsta ropa w komórce na wysokość 3 mm, tęczówka o rysunku wybitnie zatartym, źrenica wązka. *V* 1/∞. Badanie bakteryologiczne: dwoinki zapalenia płuc.

Rozpoznanie: Ulcus corn. centrale impurum, hypopyon, iritis oc. dextr.

Leczenie ambulatoryjne raz dziennie: 1% etylhydrokupreina, atropina, opaska spirytusowa. Nazajutrz naciek nieco bardziej wyniosły. Po 4 dniach ropa z komórki ustąpiła, w miejscu owrzodzenia przeświecające zmętnienie, źrenica szeroka, regularna. *V* $^6/_{60}$. Przepisano maść żółtą.

10. K. T. l. 60, piekarz, zgłosił się do mnie 18. IV. Poprzednio leczony przez 3 tygodnie (2 nakłucia rogówki, 3 razy przyżeganie elektryczne, atropina, ciepłe okłady, pyoktanina, nowiform).

Stan: Pr. o. Silne nastrzykanie rzęskowe, $^3/_4$ dolne części rogówki zajmuje owrzodzenie o brzegach i dnie nacieкłem, w głębi prześwieca szaro tęczówka. Silne obrzmienie spojówki. Ruchomość gałki jeszcze zachowana, powieka górna obrzmiała, zaczerwieniona. *V* 1/∞ silnego z trudem. Gałka oczna za dotknięciem bardzo bolesna, silne bóle głowy.

Rozpoznanie: Ulcus corneae fere totius, prolapsus iridis et panophthalmitis imminens oc. dextr.

Choremu przed przybyciem do mnie proponowano opróżnienie gałki (evisceratio).

Leczenie: etylhydrokupreina i ciepłe opaski spirytusowe. Nazajutrz naciek pozornie wygląda gorzej, bardziej wyniosły, jakby napęczniały. Od trzeciego dnia leczenia począwszy, naciek ustępuje, tak, że po 2 tygodniach oko nieznacznie już tylko podrażnione. W miejscu owrzodzenia tworzy się bielmo, do którego przyrośnięta źreniczna i dolna część tęczówki; poprzez przeźroczystą 1/4 górną część rogówki prześwieca prawidłowo tęczówka. Do bielma dochodzą od obwodu powierzchowne naczynia. T. n. V 1/∞ słabego. Przepisano maść żółtą, dioninę i polecono choremu zgłosić się do irydektomii.

11. F. S. żona handlarza, l. 34, leczyła się w szpitalu z powodu lekkiego zapalenia jagliczego. 10. VII. zgłasza się i podaje, że ją w nocy oczy silniej zabolały, rano były zalepione, uszy również bolą.

Wynik badania prawego i lewego oka: Obfita wydzielina śluzoworopna, powieki nieco obrzmiałe, zaczerwienione, silne przekrwienie i rozpulchnienie ciała brodawkowego, skąpe ziarna, dawniej drobniutkie, obecnie większe, soczyste, czerwone, tu i ówdzie podspojówkowe punkcikowate wybroczynki. Gruczoły przyuszne wybitnie obrzmiałe, przy dotykaniu bolesne. Ogólne osłabienie, ciepłota 37·4 Rogówka czysta. Badanie bakteryologiczne: dwoinki zapalenia płuc.

Rozpoznanie: Conjunctivitis acuta pneumococcica oc. utr.

Leczenie: Prawe oko: zimne okłady, etylhydrokupreina 1% 2 razy dziennie. Lewe oko: zimne okłady, elektrargol 2 razy dziennie; wewnętrznie chinina z aspiryną. Po trzech dniach wydzielina z oka prawego niemal zupełnie ustąpiła, pozostało tylko jeszcze mierne przekrwienie ciała brodawkowego, gruczoł przyuszny otęchł. Gdy zaś stan lewego oka nieznacznie się tylko poprawił, zastosowano i tu leczenie etylhydrokupreiną, poczem zapalenie szybko ustąpiło, obrzmienie gruczołu znikło.

12. N. T. l. 48 leśny, przyjęty do szpitala z powodu zaćmy 26. V. 1914 i operowany 27. V.: Extractio lobaris cum lobulo conjunct. iridectomia oc. dextr.

Woreczek łzowy wolny, na spojówce niema żadnej wydzieliny, wynik badania bakteryologicznego również ujemny. Po cięciu płatowem i irydektomii chory nagle wstrzymuje oddech i z całej siły ściska powieki, skutkiem tego wyciska soczewkę i nieco ciałka szklistego. W tej chwili przerwano operacyę, odcięto wypadnięte ciałko, opłukano elektrargolem i założono opaskę. Pomimo zachowania wszelkich ostrożności na trzeci dzień po operacyi zauważono w rance ciałko szkliste, szarawo nacieknięte, a tęczówkę silnie przekrwioną. Badanie bakteryologiczne nacieku: dwoinki Fränkla-Weichselbauma.

Natychmiast zastosowano etylhydrokupreinę 1% co godzinę, atropinę 2 razy dziennie. Po tygodniu naciek ustąpił i ranka poczęła się zabliźniać.

13. Ż. J., robotnik kamieniarski, l. 47., zgłosił się 10. V. i podał, że przed 3 dniami skaleczył się w prawe oko przy rąbaniu odłamkiem drzewa.

Badanie wykazało, co następuje: Prawe oko: silne przekrwienie spojówki, nastrzykanie rzęskowe, na rogówce od zewnątrz linijna rana, 9 mm długa, pionowa, brzegi ranki nacieknięte, rogówka w okolicy zmętniała, ropa w komórce 3 mm, tęczówka silnie przekrwiona. V. 1/∞. Badanie bakteryologiczne: dwoinki zapalenia płuc.

Rozpoznanie: Vulnus corneae infectum, hypopyon, iritis oc. dextr.

Leczenie (ambulatoryjne): 2 razy dziennie etylhydrokupreina, atropina, opaska spirytusowa. Po 5 dniach ropa z komórki ustąpiła, ranka oczyściła się, tęczówka jeszcze nieco przekrwiona. V plc. 3 m. Chory pozostaje nadal w leczeniu.

14. S. A., l. 42, robotnik rolny, zgłosił się 13. VII.: Od tygodnia oko lewe zaczerwienione, bolesne; chory nie zranił się, nie gorączkował.

Badanie: Silne przekrwienie spojówki, na rogówce naciek szary, o 2½ mm średnicy, leżący w głębi, nad nim powierzchowny drobny ubytek w nabłonku 1 mm średnicy, tęczówka silnie przekrwiona, ropa w komórce 1 mm. Badanie bakteryologiczne: dwoinki zapalenia płuc, V 1/∞.

Rozpoznanie: Abscessus corneae centralis exulcerans, hypopyon, iritis oc. sin.

Leczenie (ambulatoryjne): 2 razy dziennie etylhydrokupreina, 1% atropina, opaska spirytusowa. Po 4 dniach ropa z komórki ustąpiła, naciek jakby się roztopił, wytwarza się delikatne zmętnienie; źrenica szeroka. V plc. 5 m. Chory pozostaje nadal w leczeniu.

Owrzodzenia powyżej opisane przydarzały się, zgodnie z dotychczasowemi spostrzeżeniami, przeważnie u mężczyzn, wyrobników rolnych i kamieniarzy. Bezpośrednią przyczyną bywa zazwyczaj uraz, choć w naszych przypadkach tylko niektórzy chorzy o urazie wspominają. Mógł on jednak być tak nieznaczny, że uszedł uwadze dotkniętych.

Ponieważ etylhydrokupreina działa przedewszystkiem (a może nawet jedynie) na dwoinki zapalenia płuc, przeto bardzo ważne jest badanie bakteryologiczne Obrazy drobnowidowe wydzieliny bywają tak typowe i łatwe, że często wystarczy sam preparat na szkiełku bez hodowli, do której tylko w wyjątkowych przypadkach uciekać się trzeba. Natomiast trudniejszą rzeczą jest branie materyału do badania. Należy owrzodzenie (po poprzedniem znieczuleniu) oczyścić ze śluzu, który zwykle do dna przylega, a następnie wziąść odrobinę materyału z postępującego brzegu owrzodzenia. Należy bardzo uważać, aby nie skaleczyć rogówki lub nie rozluźnić jej blaszek, albowiem wtedy więcejbyśmy choremu zaszkodzili, niż pomogli. Po niezręcznem wzięciu materyału do badania bakteryologicznego spostrzegano często wybitne pogorszenie. W każdym razie powinno się natychmiast po wzięciu materyału energicznie zakroplić oko etylhydrokupreiną. Jeśli się okaże, że w wydzielinie są dwuprątki Moraxa—Axenfelda, należy użyć siarkanu cynku.

O tem, że etylhydrokupreina nie działa na inne mikroby, napotykane w owrzodzeniach, przekonaliśmy się na naszym drugim przypadku: Drobnowid stwierdził dwoinki zapalenia płuc i bardzo liczne dwuprątki. Zrazu zdawało się, że stan się poprawia, ale po kilku dniach sprawa wybitnie się pogorszyła. Przedsięwzięte teraz ponowne badanie bakteryologiczne stwierdziło niemal zupełny brak dwoinek, a olbrzymią ilość dwuprątków. Zastosowano leczenie siarkanem cynku i owrzodzenie poczęło się oczyszczać.

Bardzo rzadko otrzymywaliśmy do leczenia owrzodzenia we wczesnym okresie; zwykle sprawa zapalna była już daleko posunięta. Używaliśmy sposobu, podanego przez Goldschmidta: zakraplanie 1% rozczynem etylhydrokupreiny co godzinę. U wielu chorych, których dla braku miejsca nie było można przyjąć do szpitala, stosowaliśmy ambulatoryjnie takisam rozczyn, tylko 2 razy dziennie; i tu także wyniki były bardzo dobre.

Odczyn po zastosowaniu etylhydrokupreiny jest bardzo znamienny. Pierwsze wkroplenie jest bolesne. Chorzy skarżą się na silne pieczenie. Dlatego zaleca się poprzednio wkroplić kokainę do worka spojówkowego. Po chwili, jeśli nawet nie zastosujemy poprzednio kokainy, ból ustaje, a natomiast występuje pewnego rodzaju zdrętwienie, znieczulenie. W przypadkach owrzodzeń pełzających, z brzegiem postępującym, ta część wrzodu zwykle nazajutrz gorzej wygląda (przyp. 7 i 10). Brzeg nacieknięty staje się bardziej wyniosły, grubszy. Jestto jednak tylko pozorne pogorszenie. Zwykle potem cały ten wał powoli rozpływa się i znika.

Czasu leczenia nie można z góry oznaczyć. Wahał się on w naszych przypadkach od kilku do kilkunastu dni. Należy dopóty stosować etylhydrokupreinę, aż naciek w zupełności ustąpi. W szczególności ostrzedz trzeba przed wypuszczaniem chorych z obserwacyi, dopóki choćby drobny naciek się utrzymuje. Często bowiem sprawa chorobowa nawraca (przyp. 1).

O ile jednak leczy się skrupulatnie i nie usuwa przedwcześnie etylhydrokupreiny, to owrzodzenie ustępuje szybko, a pozostałe plamki lub zmętnienia rogówki są nieznaczne,

przeświecające. Bardzo rzadko przyłączają się powikłania, jak zarośnięcie źrenicy, zrosty przednie lub tylne, pęknięcie dna owrzodzenia, wypadnięcie tęczówki.

Wyniki leczenia w naszych przypadkach były bardzo zadowalniające. Bystrość wzrokowa we wszystkich przypadkach podniosła się wybitnie, lecz nie można podanego stopnia uważać za ostateczny wynik leczenia, gdyż z powodu braku miejsca musiano niejednokrotnie uwalniać chorych ze szpitala, zanim obserwacyę ukończono. Zwykle świeże plamki z powodu nieregularności ich powierzchni wielce przeszkadzają widzeniu, ale te przeszkody z czasem zmniejszają się, tem samem bystrość wzrokowa się poprawia.

Korzystne nasze spostrzeżenia odnoszą się nietylko do wrzodów pełzających rogówki, których spostrzegaliśmy 7, ale i do innych zakażeń dwoinkami Fränkla-Weichselbauma. Chorzy z wrzodem pełzającym, którzy dawniej przez szereg tygodni przesiadywali w szpitalu, teraz po kilku, rzadziej po kilkunastu dniach odchodzą wyleczeni do domu. Zaznaczyć również muszę, że od czasu stosowania etylhydrokupreiny nie używaliśmy w szpitalu ani razu przyżegania elektrycznego.

Na szczególną uwagę zasługuje przypadek 10, gdzie wykonano niemal wszelkie zwykle używane zabiegi, a sprawa mimo to postępowała, gdzie groziło ropne zapalenie całej gałki, a gdzie dopiero etylhydrokupreina uchroniła chorego od wypatroszenia oka, zachowała mu oko, odczuwające światło, a może uda się po irydektomii jeszcze coś więcej zyskać. A choćby tylko sam fakt zachowania gałki, — i to u wyrobnika (któremu trudno ze szklannem okiem się obchodzić), to już bardzo dużo. Oprócz tego widzieliśmy korzystny wpływ w przypadku zranienia oka z zakażeniem dwoinkami (przyp. 13), w przypadku ropnia rogówki (przyp. 14), w przypadku wrzodu rogówki po pryszczyku z ropą w przedniej komórce (przyp. 8). Dalej spostrzegaliśmy jeden przypadek ostrego zapalenia spojówki na tle dwoinek (przyp. 11). Nader korzystny wynik mieliśmy w przypadku 12, gdzie na trzeci dzień po operacyi zaćmy wystąpiły groźne objawy zakażenia dwoinkami, jak naciek żółty wypadniętego ciałka szklistego, zapalenie tęczówki z wysiękiem w przedniej komórce. Wszystkie te objawy przy stosowaniu etylhydrokupreiny w przeciągu krótkiego czasu minęły.

Ale etylhydrokupreina ma nietylko lecznicze zastosowanie w przypadkach już istniejącego zakażenia. Można jej z równie cennym skutkiem użyć w celach zapobiegawczych, przy zranieniach, w przypadkach wydzieliny spojówkowej, zawierającej dwoinki zapalenia płuc, przed zabiegami operacyjnymi na gałce ocznej. Stosowaliśmy ją niejednokrotnie w takich przypadkach i napewno nieraz powiodło się przez to zapobiedz zakażeniu pooperacyjnemu.

Prócz streszczonych powyżej 14 przypadków znajduje się jeszcze kilka w leczeniu. Choć liczba naszych spostrzeżeń jest niewielka, uważam za wskazane podać wyniki naszych prób do szerszej wiadomości, aby zachęcić Kolegów do stosowania środka, który oddaje w leczeniu zakażeń oka dwoinkami Fränkla-Weichselbauma wprost nieocenione usługi.

Piśmiennictwo.

1) Darier: La clinique ophtalm. 1914 styczeń. — 2) Goldschmidt: Klin. Mntsbl. f. Aug. 1913 paźdz.-listop. — 3) Kuhnt: Ref. Zentr. f. d. ges. Opthalm. 1914 Nr. 2. — 4) Kümmel: Münch. med. Woch. 1914 Nr. 24. — 5) Leber: Tow. okul. Heidelberg 1913. — 6) Schur: Klin. Mntsbl. f. Aug. 1913 paźdz.-listop.

Oceny i sprawozdania.

Fizyologia człowieka, opracowali Bądzyński (Lwów), Beck (Lwów), B. Cybulski (Władysławów), N. Cybulski (Kraków), Dunin-Borkowski (Kraków), Eiger (Warszawa), E. Godlewski (Kraków), Koźniewski (Warszawa), Majewski (Kraków), Marchlewski (Kraków), Nowotny (Kraków), Panek (Lwów), Parnas (Strassburg), Piasecki (Lwów), Pożerski (Paryż), Pruszyński (Warszawa), Rosner (Kraków), Rothfeld (Lwów), Siedlecki (Kraków), Sieradzki (Lwów), Sosnowski (Warszawa), Szymanowski (Kraków), Zbyszewski (Lwów), pod redakcyą Adolfa Becka i Napoleona Cybulskiego, wydał Kazimierz Rzętkowski z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem im. Dr. Mianowskiego w Warszawie. Warszawa 1915. Tomów 2. Stron XVI + 663 i XII + 715. — (Cena za 2 tomy 8 rubli).

Już na dwadzieścia lat przedtem, zanim zaczęto u nas rozprawiać i pisać o konieczności i obowiązku wydawania polskich podręczników, wydał prof. Cybulski swój podręcznik fizyologii, wkrótce potem z gronem swych uczniów uczestniczył w wydaniu podręcznika histologii. Jak wówczas, tak i dziś, znowu przoduje — czynem.

Opracowanie nowego podręcznika fizyologii byłoby niezbędne, gdyby nawet podręcznik prof. Cybulskiego nie był oddawna wyczerpany, badania bowiem ostatnich lat kilkunastu dały tyle nowych zdobyczy, że niektóre działy fizyologii uległy prawie gruntownej przebudowie, inne znacznie się rozrosły, a wreszcie powstały całkiem nowe. Wystarczy wskazać na elektrofizyologię, w której samże prof. Cybulski i jego uczniowie tak znaczne położył zasługi; na badania barwika krwi, na badania fizyologii trawienia, wzbogacone wielkim szeregiem nowych faktów; na całą naukę o wydzielaniu wewnętrznem i korelacyi fizyologicznej, jak również na naukę o odporności, które przed laty kilkunastu, rzec można, nie istniały. Aby w podręczniku odzwierciedlić wyniki tych wielkich i szybkich postępów, nie wystarczają dziś siły jednostki; potrzeba pracy zbiorowej. Zorganizowanie jej jest u nas podwójnie trudne, raz z tego powodu, że do niedawna mieliśmy tylko dwa własne warsztaty naukowe, a więc i pracujących w jednym dziale nauk ścisłych nie mogliśmy mieć wielu; powtóre, że niedostaje nam jeszcze wiele wyrobienia i doświadczenia, koniecznego do pracy zbiorowej, a przedewszystkiem słowności i punktualności, jak to sama redakcya nowego polskiego podręcznika fizyologii z ubolewaniem w przedmowie wspomnieć była zmuszona. Samo przezwyciężenie tych niejako zewnętrznych trudności jest w naszych warunkach już wielką zasługą; daleko jednak ważniejsze jest pokonanie trudności, tkwiących w samej istocie wydawnictwa zbiorowego, bo to dopiero rozstrzyga o rzeczywistej wartości książki. To zaś powiodło się w stopniu, dotąd u nas niebywałym. Prof. Cybulski wraz z najstarszym ze swych uczniów, prof. Beckiem, umiał nietylko skupić koło siebie liczebnie dostateczne grono pracujących na polu fizyologii i biologii, nietylko sprządz je i przygotować tak, że całość dzieła przenika zasadnicza zgodność głównych linii wytycznych, ale też wybrać dla każdego prawie działu takich współpracowników, którzy sami czynnie przykładali się do jego postępu. Przez to podręcznik stał się dziełem istotnie oryginalnem, a to, co podaje, podaje z pierwszej ręki. Przez to także nowy nasz podręcznik fizyologii w każdym dziale dotrzymuje kroku współczesnemu stanowi wiedzy, a nawet w niektórych przewyższa podręczniki obcojęzyczne. Całkowicie też i bez zastrzeżeń można podpisać zdanie redaktorów podręcznika, zawarte w przedmowie, że »wiele działów tego podręcznika zostanie chlubą naszej literatury naukowej«.

Przegląd rozdziałów książki najlepiej udowodni to, co powyżej o niej powiedziano, a zarazem wskaże już sam na pewną we względzie dydaktycznym niedogodność, powstałą przez to, że zawód ze strony niektórych osób, zaproszonych do współpracownictwa, zmusił redaktorów podręcznika do zmian w obmyślanym pierwotnie układzie i porządku rozdziałów.

Wstęp (napisał M. Siedlecki) obejmuje ogólne uwagi biologiczne; określa pojęcia istoty żywej, osobnika, normalności

organizacyi, rozbiera ogólne własności komórki; przedstawia krążenie substancyi w przyrodzie, pojęcie gatunku, rozwój państwa zwierzęcego; podaje zadania fizyologii. Rozdział drugi zawiera fizyologię krwi (Eiger) i limfy (Borkowski); ustęp o czerwonym barwiku krwi napisał Marchlewski. W trzecim rozdziale objęte są mięśnie prążkowane (Sosnowski) i gładkie (Parnas), ruchy migawkowe (N. Cybulski). Dwa następne rozdziały (N. Cybulski) zajmują się nerwami obwodowymi i elektrofizyologią, dalsze — układem nerwowym ośrodkowym (Beck) i fizyologią ruchów (Piasecki). Końcowe rozdziały tomu I wypełnia fizyologia zmysłów: wzroku (Majewski), słuchu (Nowotny), smaku i powonienia (Beck), czucia (Rothfeld).

Tom drugi rozpoczyna się fizyologią układu krwionośnego, napisaną przez prof. Cybulskiego prócz rozdziału o budowie, ruchach i sposobach badania serca, który opracował J. Pruszyński. Następny rozdział, oddychanie, jest pióra L. Zbyszewskiego (mechanizm oddechowy) i J. Parnasa (chemizm oddychania). Fizyologię przewodu pokarmowego przedstawiono w następującym układzie: fermenty (Pożerski), wydzielanie gruczołów trawiennych (prof. Cybulski), ruchy przewodu pokarmowego (Beck), chłonienie i przyswajanie pokarmów (Dunin Borkowski), trawienie u zwierząt roślinożernych (B. Cybulski). Dalej następują: wydaliny (Panek), wymiana materyi i energii (Bądzyński), wydzielanie wewnętrzne (Koźniewski) oraz narządy krwiotwórcze (Beck), odporność (Szymanowski), fizyologia rozrodu (E. Godlewski i A. Rosner), śmierć (Sieradzki).

Wśród licznych warunków, od których zależy dobroć podręcznika, zwłaszcza przeznaczonego w pierwszym rzędzie dla uczniów, najważniejszy obok racyonalnego układu a jasnego i dostępnego przedstawienia rzeczy jest należyty dobór i wierny opis faktów oraz ścisłe określenie praw i pojęć, z tych faktów wysnutych. Co do układu, sami redaktorowie podręcznika wspominają w przedmowie o dokonanych w nim z konieczności zmianach, a więc daje to pewność, że w następnem wydaniu będą usunięte powstałe stąd niedogodności; zresztą i teraz są to tylko niedogodności, a nie wady podręcznika. Wykład w wydawnictwie zbiorowem z natury rzeczy nie może być wszędzie równej jakości; stwierdzić zaś należy, że w nowym podręczniku fizyologii większość współpracowników wywiązała się z zadania pod tym względem bez zarzutu, a niektórzy posiadają nawet doskonały dar wykładu.

Utrzymanie miary w doborze faktów jest w podręczniku zawsze trudne, szczególnie o ile chodzi o fakta i zjawiska z pogranicza innych działów nauki. Chociaż wogóle biorąc nie ma pod tym względem w nowym podręczniku fizyologii niedostatku, ani przeładowania, to jednak zdaje mi się, że w dziale fizyologii zmysłów nie byłoby przyniosło szkody pominięcie niektórych szczegółów, wkraczających w zakres patologii. Pożądane byłoby w następnem wydaniu sprostowanie kilku drobnych niedokładności z tegoż zakresu. Tu n. p. należy zdanie: »U człowieka istnieje dość ograniczona zdolność odtwarzania małych ubytków, jak n. p. ubytku nabłonka lub ubytku kości, jeśli tylko te części nie były w zbyt wielkiej ilości usunięte« (T. I, str. 7), albo: »Zwiększeniem liczby ciałek, n. p. w rozednie płuc, ustrój młody broni się od zaburzeń w krążeniu« (T. I, str. 38); »Proces ten (emigracya leukocytów) odgrywa wybitną rolę w sprawach chorobowych n. p. przy zapaleniu tkanek lub ropieniu« (T. I, str. 43), (jakby autor ropienia nie zaliczał do zapaleń). Do rzędu »lapsus calami« należy też zapewne zdanie: »Węzeł ten (w. Tawary) daje wypustki ku tyłowi, które gubią się wśród mięśni przedsionka z wyjątkiem jednej o swoistem utkaniu (droga do węzła zatokowego« (T. II, str. 25), — bo istnienie takiej swoiście zbudowanej drogi bezpośredniej **n i e j e s t** jeszcze stanowczo udowodnione, — jak również mylne przedstawienie ramion pęczka Hisa (T. II, str. 26), przedewszystkiem jakoby ramię jego prawe (wyraz, nawiasem mówiąc, opuszczony wskutek myłki drukarskiej) miało postać »płaskiego pasma wachlarzowatego«, a jakoby ramię lewe opuszczało się »skośnie ku dołowi« do nasady mięśni brodawkowych. Jak na opis ramion pęczka Hisa, taksamo też nie można się zgodzić z **a n a t o m i c z n e g o** punktu widzenia na rycinę 90 na stronie 254 Tomu I, podaną za Eigerem. O ile bowiem wnosić można z opisów i rycin, podanych przez badaczy tego przedmiotu i o ile sam we własnych mych badaniach przekonać się mogłem, nie jest rozgałęzienie układu przedsionkowo-komorowego w komorach serca wcale takie, jak je sobie Eiger wyobraża i w tej rycinie zaznacza.

Poza kilku jeszcze drobnymi szczegółami, które należą raczej do kategoryi usterek stylistycznych, wypełnia nowy podręcznik fizyologii w zakresie doboru i przedstawienia faktów należycie swoje zadania. Tosamo na ogół powiedzieć można o podanych w podręczniku określeniach, a w niektórych rozdziałach znajdują się nawet doskonałe krytyczne analizy zasadniczych pojęć. Nie jest zadowalniające jedynie określenie odporności (T. II, str. 569), zacieśnione do odporności względem zarazków i ich jadów, a więc do jednego tylko przypadku ogólnego prawa. Gdyby autor był odrazu na początku rozdziału to w określeniu uwzględnił, wówczas ułatwiłby był sobie w całym rozdziale znacznie zadanie dydaktyczne, a uczniowi — zrozumienie wszystkich zjawisk odpornościowych pod wspólnym kątem widzenia.

Z innych warunków, wpływających na wartość podręcznika, wspomnieć należy o języku i mianownictwie. Czysty, dobry język, poprawne i stałe mianownictwo należą do rzeczy pod względem dydaktycznym ważnych. Pod tym względem znać w nowym podręczniku bardzo dużo starania, choć nie można z czystem sumieniem powiedzieć, aby książka była najzupełniej bez zarzutu. Szczególnie co do terminologii uważałbym przesadny nawet puryzm za mniejsze złe, niż rozmaite licencye, a to dopóty, dopóki przez zupełne ustalenie słownictwa nie stworzymy w naszym języku lekarskim rzeczywistej ścisłości. Nie chodzi tu zresztą o używanie wyrazów łacińskich naprzemian z polskimi, »promiscue«; szkoda stąd nie wielka, a jest to już rzeczą gustu, czy ktoś się kocha w takich makaronizmach. Ale nie jest już obojętne, w jakiem znaczeniu n. p. używa się nazwy »przyjądrze« (epididymis czy paradidymis), niepotrzebne jest »wzbogacanie« słownictwa przydaniem do nazwy rzucawki przymiotnika »macierzyńskiej« (Tom II, str. 549). Przyznać muszę, że usterek takich znalazłem niewiele. Wspominam o nich jednak dlatego, że w podręcznikach powinna być zasadą wprost pedanterya terminologiczna, boć właśnie z podręczników ma się młodzież poprawnego jednolitego mianownictwa nauczyć, a trudno dojść będzie do jego ustalenia i pozbycia się zbytecznych synonimów, dopóki i w podręcznikach zachowywać niepotrzebnie będziemy n. p. rdzeń »pacierzowy« obok »kręgowego«, gdy ten drugi przymiotnik najzupełniej wystarcza.

Szata zewnętrzna nowego podręcznika fizyologii nie pozostawia prawie nic do życzenia. Chętnie wykreśliłbym to »prawie«, gdyby nie to, że chodzi o usterki w korekcie, niezbyt co prawda liczne, ale niezawsze nieszkodliwe. Mniejsza byłoby o »eclampisia«, o powtarzane z wytrwałością godną lepszej sprawy »epididymitis« (jako genetivus od epididymis!), o równie częstą pomyłkę: »jednę« zamiast »jedną« i tym podobne drobiazgi; natomiast na str. 40 Tomu II przez myłkę drukarską w interpunkcyi jest cały ustęp piąty dla uczącego się wprost niezrozumiały,— a opuszczenie słowa »prawe« (ramię) w w. 2 od góry, str. 26 Tomu II utrudnia zrozumienie przedstawienia rzeczy (zresztą, jak już wspomniałem, mylnego). — Wielką zaletą książki jest mnogość (przeszło 360) rycin, prawie bez wyjątku dobrych, a niekiedy (n. p. w rozdziale o rozrodzie) doskonałych; tylko rycinę 13 Tomu I należałoby koniecznie zastąpić lepszą.

Weszło u nas w zwyczaj pisywać sprawozdania, złożone z samych pochwał, zwyczaj, który mojem zdaniem ubliża książkom o rzeczywistej wartości. Nię trzymałem się go też w niniejszem sprawozdaniu. Nowy podręcznik fizyologii nie potrzebuje się obawiać wzmianki o dostrzeżonych usterkach, pozostających zresztą w takim stosunku do zalet książki, jak objętość niniejszego sprawozdania do objętości podręcznika.

W końcu wspomnieć należy, że wydawcy (kasa im. Mianowskiego) zapowiadają w przedmowie dalsze wydawanie podręczników. Obyż spełnieniu tej zapowiedzi, ku pożytkowi nauki polskiej i uczącej się młodzieży, nie stanęły w drodze przeszkody, nieprzewidywane w chwili pisania przedmowy.

Ciechanowski.

Rozprawy o salwarsanie (Abhandlungen über Salvarsan), zebrane i wydane przez prof. P. **E h r l i c h a**. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Tom IV. 1914. Cena 9 Mk.

Jak poprzednie trzy, tak i ten czwarty tom, ostatni już, jaki zdołał Ehrlich wydać przed swą śmiercią, zawiera przedruk rozpraw, skrzętnie zebrane nietylko z tygodników lekarskich niemieckich, ale także z wydawnictw francuskich, a ugrupowane w następujące rozdziały: techika, doświadczenia ogólne, leczenie poronne, ponowne zakażenie, wpływ salwarsanu na układ nerwowy, działania uboczne i przypadki śmierci, salwarsan w sprawach nie kiłowych, uwagi końcowe. W rozprawach tych, ogłoszonych w ciągu r. 1913 i 1914, niema wprawdzie faktów zasadniczo nowych, jednakże ustaliły one szereg pożytecznych szczegółów. I tak okazało się, że stosowanie rozczynów silniejszych nietylko nie jest szkodliwe, ale nawet z wielu względów korzystne, a ułatwia technikę wstrzykiwań. Szczegółem bardzo cennym jest

zbadanie działania adreualiny przy wstrzykiwaniach salwarsanu; w przypadkach groźnych przypadów mózgowych po salwarsanie wywierała ona znakomite działanie lecznicze, jak również z pożytkiem była stosowana zapobiegawczo u tych chorych, którzy okazują względem salwarsanu pewnego rodzaju nadwrażliwość (anaphylaktoide Erscheinungen). Jeszcze donioślejsze jest jednak stwierdzenie, że zapomocą salwarsanu można leczyć kiłę poronnie z rzeczywistym skutkiem, stwierdzonym — jak dotąd — przez 3—4 letnią obserwacyę. Dowodem, że salwarsan istotnie niszczy zarazki kiły w ustroju, są mnogie już spostrzeżenia powtórnego zakażenia się kiłą (reinfekcyi kiłowej) po wyleczeniu pierwszego zakażenia zapomocą salwarsanu, zwłaszcza zastosowanego energicznie. Podnosząc wszystko to w przedmowie i stwierdzając, że dziś wszedł salwarsan w użycie we wszystkich prawie klinikach i szpitalach, wyraża Ehrlich nadzieję, że w przyszłości powiedzie się uniknąć zupełnie także i przypadów ubocznych oraz zejść śmiertelnych, które — acz wyjątkowo — po salwarsanie spostrzegano; zależeć to będzie od troskliwego dozoru przypadków i umiejętnego dawkowania. Z.

Lipp. **Sposoby badania dla pracowni szpitalnych i lekarzy praktycznych** (Untersuchungsmethoden für Lazarett-Laboratorien und praktische Aerzte). **Taschenbuch des Feldarztes.** Część IV. Monachium, nakład J. F. Lehmanna, 1916, str. 70. Cena 2 Marki.

Wydanie małego zarysu techniki badań klinicznych, jako uzupełnienia trzech dawniej wydanych części podręcznika dla lekarzy polowych, było szczególnie na czasie wobec utrwalenia się na wszystkich frontach bojowych zimowej walki pozycyjnej i stąd większej łatwości w tworzeniu i prowadzeniu stalszych pracowni. Książeczka Lippa podaje krótko najważniejsze sposoby badania moczu (chemicznie, mikroskopowo i bakteryologicznie), płynów, uzyskanych przez nakłucia, plwocin, treści żołądkowej, stolca i krwi. W badaniu stolca i krwi pominęto jednak sposoby bakteryologiczne, choć przecież należało je uwzględnić, jeżeli je uwzględniono w badaniu moczu; nawet tak prostego, a pożytecznego sposobu, jak metoda tuszowa Burriego, nie wspomniano. Brak także nawet wzmianki o odczynie Widala. Z.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Zebranie d. 6. sierpnia 1914 (z udziałem ogółu lekarzy, przebywających wtedy w Krakowie).

Dnia 6 sierpnia 1914 odbyło się zebranie członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, jakoteż lekarzy, obecnych chwilowo w Krakowie z powodu mobilizacyi. Zebranie zwołali: prezydent Izby lekarskiej Dr Schöngut, prezes Związku lekarskiego Dr Damski i prezes Towarzystwa lekarskiego prof. Kader. Przy bardzo licznym udziale zebranych zagaił posiedzenie kol. Kader, na którego propozycyę wybrano przewodniczącym kol. Damskiego.

W przemówieniu swojem kol. Kader podkreśla powagę położenia i rolę lekarzy, zwłaszcza cywilnych w stosunku do ludności cywilnej, jak wogóle wszystkich, nie posiadających opieki lekarskiej z urzędu. Kol. Kader poddaje pod dyskusyę, jak ma postąpić Towarzystwo lekarskie, oraz sprawę ruchu jego w kierunku przyszłych posiedzeń naukowych i prosi o wskazówki w tym kierunku.

Po dłuższej dyskusyi, w której zabierali głos kol. Janiszewski, Rutkowski, Krokiewicz, Blassberg, Schöngut, Damski, Borzęcki, Krzyszkowski, Weinsberg i inni, zapadły następujące uchwały: 1. Wybrano komitet, składający się z kol. Schönguta, Damskiego i Kadera, który miał się zająć w razie potrzeby zorganizowaniem pomocy lekarskiej dla ludności cywilnej. Komitetowi temu udzielono prawo kooptacyi i swobodę działania. 2. Jednocześnie postanowiono na razie zawiesić posiedzenia naukowe Towarzystwa lekarskiego aż do powrotu bardziej normalnych stosunków, pozostawiając rzecz tę do rozstrzygnięcia prezesowi Towarzystwa.

W tym samym czasie odbyło się zwołane przez zastępcę redaktora »Przeglądu lekarskiego« kol. prof. Majewskiego (redaktor główny, kol. prof. Ciechanowski, zaskoczony przez wojnę zagranicą, nie był jeszcze wtedy w Krakowie), posiedzenie Komisyi redakcyjnej, na którem zapadła uchwała zawieszenia wydawnictwa »Przeglądu lekarskiego«, z powodu pociągnięcia do obowiązków wojskowych wielu pracowników i robotników drukarni, jak również z powodu niemożności normalnej pracy ze strony stałych i doraźnych współpracowników »Przeglądu«. O uchwale tej zawiadomił kol. Majewski, jako przewodniczący na tem posiedzeniu Komisyi redakcyjnej, bezzwłocznie prezesa Towarzystwa lekarskiego.

Posiedzenie z d. 9. grudnia 1914 r.

Przewodniczy kol. Kader, obecnych członków 57.

1) Przewodniczący, otwierając posiedzenie, oznajmił o śmierci dwóch członków Towarzystwa lekarskiego, kol. Szurka i kol. prof. Żuławskiego. Uczczono pamięć zmarłych przez powstanie.

2) Przewodniczący udzielił głosu kol. Rosnerowi, jako przewodniczącemu komisyi przedwyborczej. Komisya wnosi, by naprzód uzupełnić wybór wiceprezesa i proponuje kol. Piltza, co przyjęto przez aklamacyę. Również jednomyślnie uchwalono, by Zarząd Towarzystwa na rok 1915 pozostawić w tym samym składzie, w jakim był w r. 1914.

3) Kol. Kader: **O ranach postrzałowych czaszki.** W wykładzie tym przytoczył kol. Kader statystyki śmiertelności z ran postrzałowych czaszki w wojnach francusko-niemieckiej, rosyjsko-japońskiej, krymskiej i bałkańskiej. Statystyki te różnią się od siebie dość znacznie. N. p. podług Hildebra śmiertelność w wojnie krymskiej wynosi 73·8%. Z 435 przypadków, zebranych przez Holbecka, zmarło tylko 22·5%. Statystyki te są zbierane z różnorodnych punktów widzenia. Holbeck uwzględnia wszystkie rany głowy, i tak części miękkie, twarz i t. d., a nietylko te części czaszki, które pokrywają mózg, stąd ta mała śmiertelność w jego statystyce. Z zestawień całego szeregu autorów wynika, że z pośród dostających się do szpitali przypadków ran tej części czaszki, która pokrywa mózg, umiera ogółem 50—60%. Dobre i krytyczne zestawienia podali w ostatnich czasach Friedrich, Holbeck, Belitner, Küttner i inni. Odsetek przypadków, ginących na polu z postrzałów czaszki, wynosi sam, jako taki, około 50%; w rosyjsko-japońskiej wojnie wynosił podług Friedricha 54·4%, a w wojnie buerskiej doszedł do 70%. Statystyka kliniki chirurgicznej krakowskiej w obecnej wojnie daje 48% śmiertelności. Jednakże należy uwzględnić, że jest ona wzięta z przypadków bardzo ciężkich. Do statystyki swojej włącza kol. Kader tylko te przypadki, w których conajmniej istniały pęknięcia czaszki. Dalej zastanawia się prelegent nad mechanizmem złamań i pęknięć czaszki, nad teoryą Wahla, Körbera, Tilmana i innych, z których wynika, że uderzenie przez pocisk czaszki w jednem miejscu sprawia liczne pęknięcia nietylko w bliższem otoczeniu rany, ale nawet i w dalszych częściach, n. p. na biegunie przeciwległym. Prelegent pokazuje płyty rentgenowskie, na których widać liczne pęknięcia, idące od miejsca uszkodzenia czaszki. Kol. Kader dzieli rany postrzałowe czaszki na rany wstrzałowe, kiedy pocisk tkwi wewnątrz czaszki, rany sklepieniowo-styczne (tangencyalne), kiedy pocisk przeszedł po czaszce w kierunku stycznej i rany przestrzałowe, gdy pocisk przeszedł przez czaszkę na wskroś, dając wlot i wylot. Wpływ na mózg, a zatem i śmiertelność poszczególnych rodzajów postrzałów czaszki są różne, najgorsze przy wstrzałach, najlepsze przy ranach sklepieniowo-stycznych. Co się tyczy objawów przy ranach postrzałowych mózgu, to są one zależne od siedziby uszkodzenia tkanki mózgowej; są one zgodne z tem, co dotychczas wiemy o fizyologii mózgu, nic dotychczas nowego pod tym względem nie spostrzegano. Przypadki, leczone w klinice chirurgicznej krakowskiej, były szczegółowo zbadane neurologicznie przez kol. Borowieckiego, któremu prelegent składa podziękowanie. Każde zranienie czaszki, zdaniem prelegenta, należy operować, choćby już z tego względu, że każda taka rana jest zakażona, czego dowodem jest podniesienie ciepłoty prawie we wszystkich przypadkach, leczonych w klinice krakowskiej. Na to niebezpieczeństwo zakażenia zwraca uwagę większa część autorów. Oettingen stwierdził, że zakażenie ran postrzałowych czaszki następuje zawsze najdalej po 24 godzinach. Drugiem wskazaniem do zabiegu operacyjnego są objawy stale wzmagającego się wzrostu ciśnienia śródczaszkowego. Pod słowem operacya należy rozumieć to, co każdy chirurg ujmuje słowami: rewizya rany, t. j. przedewszystkiem wycięcie brzegów rany skórnej, usunięcie odłamków kostnych, włosów, części ubrania i innych, jednem słowem oczyszczenie rany, usunięcie zakażonych części, skąd zakażenie to może pójść w głąb. Nie pocisk zakaża, lecz to, co pocisk z sobą zabrał, i to, co na miejscu uderzenia znalazł, i to wreszcie, z czem rana od zewnątrz się styka. Rozszerzenie ran w czaszce, rozmiary tego rozszerzenia, dążenie w głąb i t. d., to rzeczy, do których wskazanie daje każdy przypadek z osobna.

Schematów nie należy się trzymać i wskazań schematycznych poza ogólnemi zasadami niema. Jestto zabieg względnie niewinny w ręku doświadczonego chirurga, a nie w rękach »des kriegschirurgischen Draufgängers«. Przedewszystkiem precz z wszelkiem dłutowaniem! Operować należy tylko czaszkowemi nożycami kostnemi i co najwyżej fraizą. Niezmiernie rzadko zachodzi konieczność użycia małych dłutek i lekkiego młotka. Przy ranach wstrzałowych starał się kol. Kader usunąć sam pocisk, gdy ten tkwił w miejscach dostępnych, lub gdzie jego obecność mogła z biegiem czasu spowodować zmiany groźne dla życia. Na dowód, że tego rodzaju zabiegi udają się z dobrym wynikiem. prelegent przytacza przypadek wyjęcia pocisku z móżdżku; pocisk wszedł okolicą ciemieniową i idąc ku tyłowi, utkwił w móżdżku. Był tu cały szereg objawów, głównie móżdżkowych, a więc brak w kojarzeniu ruchów kończyn górnych i dolnych, mowa zwolniona, sylabizująca, zatarcie konturów widzianych przedmiotów, bóle głowy i t. d. Objawy te po zabiegu operacyjnym i usunięciu pocisku ustąpiły zupełnie. Prelegent przedstawia płyty rentgenowskie i krzywą ciepłoty tego chorego i opisuje własny sposób operowania tych przypadków. — Następnie rozpatruje kol. Kader szczegółowo przypadki, leczone w klinice chirurgicznej krakowskiej, na zasadzie tablic statystycznych, uwzględniających podział zasadniczy ran na wspomniane 3 grupy. Z tablic tych dają się wyciągnąć następujące wnioski: Prawie z reguły wszyscy chorzy przybyli z podniesioną ciepłotą, w większości przypadków istniały objawy częściowego lub całkowitego ustania czynności tej lub innej części mózgu w postaci całkowitych porażeń i upośledzeń. Objawy te były zgodne z tem, co wiemy o siedzibie ośrodków w mózgu i roli poszczególnych części mózgu. Objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego istniały u wszystkich chorych z małymi wyjątkami. Ogółem wszystkich przypadków było do grudnia 75, z tych większość, 48, tyczy się ran sklepieniowo-stycznych — i te dają względnie najlepsze rokowanie, bo śmiertelność wynosi 33%, gdy przy ranach wstrzałowych śmiertelność wynosiła 51%, przy przestrzałowych 50%. Przyczyna zejść śmiertelnych przy postrzałach czaszki może być miejscowa wskutek rozmiękniena mózgu, dzieje się to w pierwszych tygodniach choroby, zwłaszcza w tych przypadkach, w których wskutek dużego ubytku kostnego tworzy się wypadnięcie mózgu. Niekiedy jednak wypadnięcie mózgu może się z czasem cofnąć. Złe rokowanie wypadnięć mózgu polega, zdaniem prelegenta, na objawach, polegających na uwięźnięciu (incarceratio) wypadniętej części mózgu w niepodatnym otworze kostnym i twardej opony; zastój żylny, zgorzel, zakażenie, zapalenie opon i zapalenie substancyi mózgowej, są to następstwa uwięźnięcia. Tesame objawy spostrzegamy przy uwięźnięciu jelita. Wypadnięcie mózgu jest wywołane przez wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe. Wzmożenie ciśnienia, obraz brodawki zastoinowej i t. d. nie są jeszcze objawami zakażenia, przedewszystkiem jestto wyraz tego obrzęku »aseptycznego«, który spostrzegamy wszędzie, jako skutek mechanicznego urazu, lub też w otoczeniu rany zakażonej, jako obrzęk oboczny (kollateralny) i przekrwienie bez zakażenia tych części tkanek. Zakażenie może dołączyć się, lub nie, niekiedy też wystąpić jednocześnie. To upośledzenie krążenia w uwięźniętej części mózgu jest też zdaniem prelegenta najczęściej przyczyną późniejszego zakażenia i tworzenia się miejscowych ropni, zupełnie taksamo, jak przy przepuklinach jelitowych. Odpada tu naturalnie rola treści jelitowej, występuje natomiast łatwość zakażenia z zewnątrz podłoża upośledzonego w sprawności fizyologicznej i łatwość rozwoju zakażenia, wychodzącego z cząstek nieczystych, wbitych w mózg z zewnątrz, przy samym postrzale. Główne jednak niebezpieczeństwo leży w zapaleniu opon mózgowych, które może zjawić się w każdym czasie. Na szczególną uwagę zasługują przypadki późnego zapalenia opon mózgowych. Niekiedy dzieje się to w 2—3 miesięcy po postrzale. Chory, niegorączkujący szereg tygodni, nagle dostaje wysokiej ciepłoty i objawów oponowych. Kol. Kader przedstawia tablice chorych, u których po szeregu tygodni nagle przyszły objawy zapalenia opon mózgowych. Dopiero w drugiej linii wymienić należy zapalenie samego mózgu. Oprócz tego przyczyny zejścia mogą leżeć poza obrębem mózgu. Najczęstszem jest zapalenie płuc. W licznych przypadkach miał prelegent sposobność spostrzegać wśród objawów bezpośrednich skutków postrzału, tak, jak wszyscy inni chirurdzy, liczne porażenia. Objawy te zależne były od tego, o ile odnośne ośrodki były bezpośrednio uszkodzone, lub leżały w blizkości rany. W większości tych przypadków, pozostałych przy życiu, porażenia te częściowo lub zupełnie ustępowały prędzej, czy później, czasami w kilkanaście lub kilkadziesiąt godzin po zabiegu operacyjnym, niekiedy dopiero po wielu tygodniach. Tosamo spostrzegamy przy różnych rodzajach upośledzeń mowy i wzroku. Najbardziej zajmujące były objawy psychicznych zaburzeń przy uszkodzeniu płatów czołowych, gdzie chorzy wykonywali wszystkie ruchy i czynności natury wegetatywnej bez psychicznej świadomości. Niezmiernie ciekawe były zaburzenia wzrokowe przy zranieniach móżdżku. Wykład zakończył prelegent wyłuszczeniem zasad, których przy opatrywaniu ran mózgu trzyma się klinika chirurgiczna krakowska. Najważniejszem jest niedopuszczenie do ściślejszego sklejenia gazy z substancyą mózgową.

W dyskusyi kol. Borowiecki omawia wyniki badań neurologicznych przy postrzałach czaszki, które potwierdzają zdanie prelegenta, że dotychczasowa obserwacya przypadków nie dostarczyła nic nowego o czynności mózgu.

Posiedzenie z d. 10. lutego 1915 r.

Przewodniczy kol. Kader. Obecnych członków 27.

1) Przewodniczący oznajmił, że Zarząd Towarzystwa uchwalił, by dzisiejsze posiedzenie było sprawozdawcze. Jednak z powodu zmienionych warunków i nieobecności kilku członków Zarządu w Krakowie, protokóły sprawozdawcze zostaną odczytane, gdy będzie komplet.

2) Kol. Kader przedstawia wniosek kol. Piltza, aby Towarzystwo przyłączyło się do akcyi austryackich związków lekarskich, mającej na celu wprowadzenie przymusowego szczepienia ospy w państwie austryackiem. Po dyskusyi, w której brali udział kol. Momidłowski, Piltz i Bujwid, uchwalono, by prezydyum wysłało w tej sprawie odpowiedni elaborat do ministeryum i zawiadomiło o tem Związek Izb lekarskich.

3) Kol. prof. Cybulski: **O zjawiskach elektrycznych w mięśniach odosobnionych zwierząt ciepłokrwistych.** (Rzecz drukowana osobno).

W dyskusyi kol. Latkowski i Seńkowski podnoszą znaczenie wyników badań prof. Cybulskiego.

Posiedzenie z d. 3. marca 1915.

Obecnych członków 63.

1) Przewodniczący prof. Kader oznajmia zebranym o śmierci członka Tow. lek. i byłego prezesa Tow., Prof. Dra Ponikły. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie. Przewodniczący zawiadomił o otrzymaniu listu od żony zmarłego z podziękowaniem za kondolencye, wysłane przez wiceprezesa kol. Piltza w imieniu Towarzystwa.

2) Kol. Rosenhauch przedstawia dwa przypadki **zranienia twardówki,** jeden zranienia widelcem, drugi bagnetem. W obu przypadkach prelegent zeszył twardówkę, stosując roztwór fizyologiczny do komory oka. W obu przypadkach twardówka obecnie jest zagojona, a bystrość wzroku, z początku upośledzona, stopniowo wzrasta i zdaniem prelegenta wróci do stanu prawidłowego. Następnie przedstawił kol. Rosenhauch przypadek wrodzonej rogówki olbrzymiej (megalocornea) i przypadek rogówki małej (microcornea).

3) Prof. Bujwid: **O dotychczasowych wynikach szczepień ochronnych przeciwko durowi brzusznemu i cholerze.** Szczepienia te określa B. jako dobre. Szczepienia przeciwcholeryczne wywołują nieznaczny odczyn, przeciwdurowe dają odczyn trochę silniejszy, miejscowy i ogólny, przyczem miejscowo tworzą się niekiedy ropnie.

W dyskusyi zabrał głos a) kol. Janiszewski w sprawie poprawy stosunków sanitarnych w Galicyi. Prelegent podkreślił konieczność brania udziału przedstawicieli różnych instytucyi lekarskich w komisyi sanitarnej i przedłożył następującą odezwę, wypracowaną przez siebie w sprawie poprawy stosunków sanitarnych w Galicyi do Krajowej Rady zdrowia i Najwyższej Rady zdrowia:

»Już w czasach pokojowych jest Galicya przedmurzem, które broni zachodnią część monarchii przed wtargnięciem chorób zakaźnych od strony Król. Polskiego i Rosyi. W czasie wojny, gdy nawet najlepiej pod względem sanitarnym zagospodarowane państwa ponoszą ciężkie straty od chorób zakaźnych, kraj nasz, będący polem walki w całem tego słowa znaczeniu, cierpi od tych chorób nieskończenie więcej, a z wiosną oczekiwać należy bardzo znacznego zwiększenia się tej klęski. Istotnie też wszystkie z prywatnej inicyatywy powstałe komitety, mające za zadanie niesienie pomocy ludności Galicyi, pozostałej w kraju, stwierdzają zgodnie, że ludność ta cierpi wiele przez choroby, że śmiertelność wskutek braku pomocy lekarskiej zwiększa się w sposób zatrważający, że dotkliwie wszędzie się odczuwa brak urządzeń sanitarnych celem tłumienia chorób zakaźnych. — Działalność zapobiegawczą pod względem sanitarnym podzielić należy na

taką, która jest niezbędnie potrzebna zaraz, i na taką, która się rozpocznie z chwilą ukończenia wojny. Do pierwszej zaliczyć trzeba w pierwszym rzędzie zapewnienie ludności pomocy lekarskiej, co złączyć należy z organizacyą wiejskiej służby zdrowia. Akcyę w tym kierunku zapewne już wdrożyło Namiestnictwo. Jest duża ilość lekarzy powiatowych, okręgowych i gminnych, którzy emigrowali z części kraju, zajętej czasowo przez Rosyan. Tych lekarzy należałoby użyć przedewszystkiem w celu niesienia pomocy lekarskiej, w celu zorganizowania służby zdrowia, przeprowadzenia na wielką skalę szczepienia ochronnego przeciw ospie, cholerze i durowi brzusznemu, w celu zapobiegania wogóle chorobom zakaźnym, nadzoru nad porządkiem i czystością, jakoteż nad racyonalnem odżywianiem się ludności, dostarczaniem tej ludności dobrej wody do picia i gotowania; jednem słowem zadaniem tych lekarzy byłoby kierownictwo wszystkich agend zdrowotnych. Jeżeli jednak czynność lekarzy nie miałaby się ograniczyć do samego tylko notowania braków i układania sprawozdań, należałoby tych lekarzy wyposażyć we wszelkie środki pomocnicze, służące do doraźnego niesienia pomocy chorym i zapobiegania szerzeniu się chorób. Lekarze musieliby zatem otrzymać apteki domowe z najniezbędniejszymi środkami leczniczymi, znaczne ilości środków odkażających, podwody celem objazdów okolic, zagrożonych przez epidemie. Do wykonania nadzoru nad miejscowościami zakażonemi i do przeprowadzenia odkażeń należałoby każdemu z lekarzy przydzielić dostateczną ilość wyszkolonych sanitaryuszy i desynfekcyonaryuszy, tych ostatnich zaopatrzyć w przyrządy do desynfekcyi. Takich sanitaryuszy przygotowuje do zawodu corocznie krakowski miejski Urząd zdrowia, któryby i teraz mógł potrzebną ilość tych ludzi wykształcić. Istnieje też nagląca potrzeba urządzenia pracowni bakteryologicznej na większą skalę. Kraków wybudował właśnie taką pracownię, odpowiadającą wszelkim potrzebom, należałoby ją tylko wykończyć przy pomocy rządu. Zwalczanie chorób zakaźnych wymaga dalej utworzenia całego szeregu szpitali izolacyjnych i domów obserwacyjnych, któreby na razie mogły być pomieszczone w stosownie urządzonych barakach. Oczywistą jest rzeczą, że taka akcya wymaga pewnych nakładów, których dostarczenie jest w pierwszym rzędzie obowiązkiem rządu, a w pewnej mierze także i kraju. Że wydatki te nie będą małe, jest rzeczą zrozumiałą wobec wielkości mającej się rozpocząć akcyi. Licząc najskromniej jednego lekarza na 18.000 ludzi, jednego sanitaryusza na 9.000, jedno łóżko dla chorych zakaźnych na każdych 1.000 ludzi, jeden przyrząd desynfekcyjny parowy na 25.000 ludzi, jeden przyrząd formalinowy na około 4.000 ludzi, budowę jednej studni na każde 2.500 ludności, zabezpieczenie odpowiedniej ilości szczepionek, dostawę wozów do przewozu chorych zakaźnych, utrzymanie szpitali, prowadzenie pracowni bakteryologicznych, to pociągnęłoby to za sobą wydatek po 95 h. na głowę ludności na jednorazowe inwestycye, a w wydatkach rocznych na prowadzenie po 1 K. 20 h. na głowę, czyli razem po 2 K. 15 h. na jednego mieszkańca. Gdy się zważy, że dotychczasowe wydatki sanitarne kraju wynosiły u nas w roku 1913 po 62 h. na głowę, a wydatki rządu tylko 11 hal., należałoby tedy przy obliczeniu kosztów wziąć tylko zwyżkę. Galicya mimo swe blizkie sąsiedztwo z Królestwem Polskiem i Rosyą była stale pod względem wydatków sanitarnych traktowana po macoszemu w porównaniu z resztą krajów monarchii. To wieloletnie zaniedbanie naszego kraju wydaje teraz gorzkie owoce, a dalsze jeszcze skąpienie funduszów może nietylko dla Galicyi, ale i dla całego państwa stać się przyczyną katastrofy, której skutki pod względem zdrowotnym, a co za tem idzie, i pieniężnym, mogą być równie ciężkie, jak bezpośrednie straty z powodu wojny. Miasto Kraków czyni usilne starania i łoży znaczne sumy na asanacyę i zwalczanie chorób zakaźnych, ale efekt tych zabiegów może być tylko wtedy widoczny, jeżeli podobna energiczna akcya będzie prowadzona także w reszcie kraju. Dlatego krakowskie Towarzystwo lekarskie postanowiło przedłożyć niniejsze przedstawienie c. k. Krajowej Radzie zdrowia z prośbą o jaknajrychlejsze wdrożenie akcyi zapobiegawczej w myśl powyższych wywodów, gdyż dotychczas mimo piekącej konieczności żadnych nadzwyczajnych kroków w tym kierunku nie rozpoczęto, a nadzwyczajnie złe stosunki sanitarne, wywołane wojną, tylko nadzwyczajnymi środkami usunąć lub polepszyć się dadzą«.

b) W dalszej dyskusyi kol. Momidłowski podniósł, by w odezwie położyć szczególny nacisk na przeniesienie ciężarów sanitarnych z gminy na skarb państwa (ze względu na to, że Galicya stanowi przedmurze, chroniące państwo od inwazyi chorób zakaźnych od strony wschodniej). — c) Prof. Bujwid wnosi, by opiekę sanitarną rozszerzyć i na zajęte prowincye Królestwa Pol., gdzie zarządzenia sanitarne są zupełnie zaniedbane. — d) Kol. prof. Kostanecki popiera wniosek Momidłowskiego.

Wnioski kol. Janiszewskiego z poprawkami Bujwida i Momidłowskiego, Towarzystwo przyjęło jednomyślnie.

3) Prof. Bujwid w dalszym ciągu wykładu przedstawia tablice statystyczne, z których wynika, że szczepienie ochronne z jednej strony zmniejsza ilość zachorowań, z drugiej strony czyni przebieg choroby znacznie lżejszym.

W dyskusyi opisuje a) kol. Kostrzewski dwa przypadki duru brzusznego, szczepione ochronnie przeciw durowi; obaj chorzy są szczepieni jednorazowo. Jeden z nich, Jar., był szczepiony 1 cm³ szczepionki przeciwdurowej Bujwida d. 29. I. 15; zachorował d. 3. II. wśród ciepłoty 39·6° C. Odczyn Widala d. 4. II. 1:120 dodatni, hodowla bakteryi z krwi ujemna (podania Dra Celarka); d. 6. II. szczepiono krew powtórnie, d. 8. II. otrzymano z krwi hodowle bakteryi durowych; dzisiaj chory już w okresie zdrowienia, stan tylko podgorączkowy. Cały przebieg choroby był łagodny. Z historyi choroby wynika, że chory szczepiony był ochronnie przeciw durowi już jako chory na dur, mianowicie w pierwszych dniach pierwszego tygodnia choroby. Drugi chory, Dych., szczepiony był d. 9. XII. 1914 r. jednym cm³ szczepionki przeciwdurowej Bujwida; zachorował w pierwszych dniach lutego 1915 wśród objawów, charakterystycznych dla duru; odczynu Widala nie robiono, bo jako u szczepionego przeciw durowi nawet odczyn dodatni nie mówiłby wiele; d. 6. II. szczepiono krew z wynikiem ujemnym. Choroba klinicznie zupełnie odpowiadała durowi brzusznemu o przebiegu łagodnym. W drugiej połowie lutego chory, który od kilku dni był bez gorączki, dostaje nawrotu choroby wśród wysokiej gorączki i obfitej osutki na tułowiu; na żądanie lekarza ordynującego Dr. Czermaka, szczepiono krew powtórnie d. 20. II., tym razem z wynikiem dodatnim; stan chorego dzisiaj bardzo ciężki, tembardziej, że się dołączyło zapalenie płuc. — b) Kol. Arzt (w języku niemieckim) podkreśla dobre wyniki szczepień ochronnych. — c) Kol. Weisglass spostrzegał, że odczyn przy szczepieniu przeciw durowi jest bardzo słaby. — d) Kol. Latkowski zauważa, że od każdego środka leczniczego wymaga się, by nie był niebezpieczny i w działaniu pewny. Większość twierdzi, że szczepionki durowe nie są niebezpieczne. Co do działania zapobiegawczego, to istnieją pewne wątpliwości. Dalej wskazuje mowca na rzadkość zakażenia się od chorych na dur w szpitalu, pomimo przebywania na salach i wspomina o spostrzeżeniach w tym kierunku Leubego i Korczyńskiego, oraz własnych (zakażenia domowe). Natomiast podnosi wielkie znaczenie wody, mleka i innych pokarmów dla szerzenia się epidemii duru brzusznego. W końcu zauważa, że epidemie różnych chorób mają różny charakter co do swej zaraźliwości i różną śmiertelność, która zależy często od powikłań, a nie od choroby głównej. Na te powikłania szczepionki wpływu wywrzeć nie mogą. Nie odmawia jednak mowca znaczenia szczepieniu ochronnemu podczas wojen, w czasie których łatwiejsze są warunki zakażenia się; z tego powodu wskazane jest użycie wszelkich środków, mogących działać uodporniająco. — e) Kol. Momidłowski, Weinsberg i Bujwid uważają człowieka chorego na dur, jako główne źródło szerzenia się zakażenia. — f) Kol. Momidłowski zapytuje się, jak wpływa szczepienie ochronne u roznosicieli bakteryi na ich zdolność zakażania. — g) Kol. Kostrzewski odpowiada, że na razie nie wiadomo, jednakże udaje się nieraz prątki błonicze lub meningokoki w roznosicielu wygubić pod wpływem czynnego uodparniania. Jakiem jest szczepienie ochronne przeciwdurowe, przyszłość powinna rozstrzygnąć. — h) Kol. Prof. Wrzosek żąda od szczepionek, by jako takie nie działały szkodliwie. Mowca widywał przy szczepieniach przeciwdurowych ogólne ciężkie schorzenia i ropnie miejscowe. — i) Kol. Weinsberg i Kostrzewski podkreślają niebezpieczeństwo tak zwanych roznosicieli drobnoustrojów. — k) Kol. Kostrzewski podaje, że w Danii śledzą bardzo pilnie źródła zakażeń i usuwają roznosicieli bakteryi duru od zajęć przy produktach spożywczych, nabywanych przez szerszy ogół.

4) Przewodniczący podał do wiadomości zaproszenie grona obywateli krakowskich na zebranie w sprawie odbudowy poniszczonych wsi i miast z uwzględnieniem nowoczesnych wymogów higieny.

Towarzystwo wybrało, jako przedstawicieli na to zebranie kol. Piltza i Borzęckiego, na posiedzenie zaś sekcyi techniczno-przemysłowej kol. Janiszewskiego i Nitscha, oraz postanowiło przystąpić do zawiązującej się organizacyi.

Posiedzenie z d. 10 marca 1915

Obecnych członków 56. Przewodniczący kol. Piltz.

1) Kol. Michejda przedstawia przypadek, operowany

w klinice chirurgicznej z powodu **zapalenia wyrostka robaczkowego**. W przypadku tym potwierdzono po otwarciu jamy brzusznej klinicznie rozpoznane ogólne zapalenie otrzewnej. Wyrostek robaczkowy nie był przedziurawiony, na wyrostku zewnętrznie nie było makroskopowych cech zgorzeli. Objawy kliniczne wystąpiły na 6 godzin przed zabiegiem operacyjnym. Kol. Michejda podkreśla, że w klinice spostrzegano kilka podobnych przypadków.

W dyskusyi a) Kol. Godlewski zaznacza potrzebę szybkiej operacyi w takich przypadkach i podkreśla niestosunek objawów podmiotowych z przedmiotowymi w przypadku przedstawionym. — b) Kol. Haim (w języku niemieckim) zaznacza, że ta postać zapalenia otrzewnej najczęściej bywa wywołana przez paciorkowce i że tylko wcześnie wykonany zabieg może dać dobre wyniki.

2) Kol. Lewkowicz: **O dotychczasowych wynikach leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowych drogą wstrzykiwań surowicy swoistej dokomorowo i podpajęczynówkowo.** (Praca ta ukaże się w »Przeglądzie lekarskim«).

W dyskusyi a) kol. Latkowski jest tego zdania, że działanie surowicy jest zależne od czasu jej zastosowania. Najlepszy czas jest w pierwszych trzech dniach choroby, kiedy zmiany w oponach nie są daleko posunięte. Zapalenie nagminne opon jest prawie zawsze śmiertelne. Odsetek śmiertelności, jak widać z tablic kol. Lewkowicza, znacznie spada po leczeniu surowicą. Droga, którą wybrał kol. Lewkowicz, jest najracyonalniejsza, gdyż surowica działa tu bezpośrednio na miejsca zaatakowane. Leczenie lekarstwami nie daje żadnych wyników; próbowano stosować urotropinę, lecz bez wyniku. — b) Prof. Bujwid zapytuje kol. Lewkowicza, czy nie spotykał objawów anafilaktycznych i czy stosowano dawkę antyanafilaktyczną. — c) Kol. Rogalski zapytuje, czy nie byłoby prościej dostawać się do komory przez nakłucie spoidła mózgu (Balkenstich). — d) Kol. Hirsch podnosi, że stosowanie surowicy swoistej drogą podaną przez kol. Lewkowicza, nie może się stać własnością szerszego ogółu lekarzy ze względów technicznych. — e) W odpowiedzi kol. Lewkowicz wyraża zdanie, że niestety wczesne stosowanie surowicy niezawsze jest możliwe, ze względu bodaj już trudnego rozpoznania. Szczególniej trudne bywa ono u osesków. Objawów anafilaktycznych w żadnym z przypadków swoich prelegent nie spostrzegał. Nakłucie przez spoidło uważa kol. Lewkowicz za zabieg bardziej skomplikowany i chybiający celu.

Posiedzenie d. 24 marca 1915.

Obecnych członków 36.

1) Kol. Jaworski przedstawił przypadek ropnego **zapalenia wyrostka robaczkowego**, operowany w dniu 3. choroby. Przypadek ciekawy ze względu na usadowienie bolów wzdłuż moczowodu prawego, co mogło dać powód do mylnego rozpoznania. Przy zabiegu operacyjnym stwierdzono obok zmian w wyrostku robaczkowym ograniczony ropień wokoło koniuszka wyrostka. Ropień dokładnie oczyszczono gazikami i wobec nieznacznego tylko przekrwienia reszty otrzewnej, jamę brzuszną zaszyto. Chory w 8. dniu po operacyi jest bez gorączki, rana pooperacyjna goi się doraźnie. Badanie bakteryologiczne ropy wykazało prątki okrężnicy i paciorkowce. Badania bakteryologiczne, wykonane na klinice chirurgicznej w przypadkach ropnego zapalenia wyrostka, wykazują w większości prątki okrężnicy, paciorkowce, gronkowce i dwoinki.

W dyskusyi kol. Lewkowicz zwraca uwagę, że oprócz wymienionych drobnoustrojów zdają się odgrywać rolę przy zapaleniu wyrostka robaczkowego także beztlenowce.

2) Kol. Gieszczykiewicz: **Uwagi nad epidemią dyzenteryi w roku 1914.** Prelegent omawia warunki, sprzyjające szerzeniu się czerwonki podczas obecnej kampanii, jakimi były pora jesienna i nagromadzenie się dużej liczby ludzi na małej przestrzeni, jak to bywa podczas mobilizacyi. Dalej podaje prelegent wyniki badań bakteryologicznych i spostrzeżeń klinicznych, zebranych w szpitalu zakaźnym w Łobzowie, przedstawia tablice z wynikami badań bakteryologicznych, opisuje metody, używane do wykazywania i różniczkowania prątków czerwonki i przedstawia hodowle poszczególnych typów tych bakteryi. Jako curiosum bakteryologiczne przedstawia prelegent szczepy prątków okrężnicy, aglutynowane bardzo wysoko surowicami przeciwczerwonkowemi. Następnie rozpatruje prelegent znaczenie badań bakteryologicznych zarówno w celach rozpoznawczych u chorych, jak i u ozdrowieńców. Badania rozpoznawcze mają największą wagę w atypowych przypadkach czerwonki, które klinicznie niczem się nie różnią od niezakaźnych postaci nieżytu przewodu pokarmowego i których tło etyologiczne tylko przy pomocy badań bakteryologicznych da się stwierdzić. Badania stolców u ozdrowieńców mimo kilkakrotnego wyniku ujemnego niezawsze świadczą o wyleczeniu bakteryologicznem, t. j. o zniknięciu zarazków z przewodu pokarmowego danego osobnika, co prelegent uwidocznia na kilku tablicach, zestawionych zarówno na zasadzie materyału szpitala w Łobzowie, jak i na zasadzie prac autorów niemieckich. Następnie omawia prelegent przebieg kliniczny czerwonki u chorych w szpitalu w Łobzowie i podaje statystykę śmiertelności, która wynosiła średnio 5·5%. Przypadki śmiertelne przebiegały przeważnie bardzo ciężko już od chwili przybycia do szpitala. Ilość przypadków, które z początku przebiegały lekko, a następnie się zaostrzyły, była niezmiernie mała. U większości chorych przebiegała czerwonka średnio-ciężko i lekko. Na szczególną uwagę zasługują przypadki czerwonki poronne (Winterdiarrhoe). W leczeniu pierwsze miejsce zajmuje leczenie dyetetyczne, drugie seroterapia, a trzecie miejsce leczenie środkami aptecznymi, z których na wyszczególnienie zasługują olej rycynowy, makowiec, tannalbina, salol, bizmut. Odrębnego leczenia wymagają przypadki czerwonki przewlekłej, przy której należy uważać, aby przez zbytnie głodzenie nie podupadły siły chorego.

Posiedzenie z d. 10. listopada 1915.

Obecnych członków 46.

1) Przewodniczący kol. Kader wita imieniem Towarzystwa przybyłego na posiedzenie generała-sztabowego lekarza Dra Grossmana.

2) Kol. Kader: **O szwie naczyniowym i jego wynikach.** Pierwsze próby szwu naczyniowego sięgają końca XVI w., czego dowodem jest rozprawa doktorska Axmanna. Po tych pierwszych próbach w dawnych czasach zaszywania ran w naczyniach i połączenia szwem okrężnym końców zupełnie przeciętej żyły podług Clermonta, pierwszego okrężnego szwu na żyle próbował wiedeński lekarz V. Hirsch w r. 1888. Miał on zeszyć żyłę udową u psa. O doświadczeniach jego żadnych szczegółów nie wiemy. Z tego samego czasu znane są szczegółowo doświadczenia Polaka, Kajetana Horocha, nad okrężnym szwem, wykonane w Wiedniu. W r. 1889 pracował nad tą dzie-

dziną chirurgii Rosyanin Jassinowski w Dorpacie u ówczesnego profesora chirurgii Whala, któremu zawdzięczamy badania szmerów nad uszkodzonem naczyniem. Rozprawę doktorską Jassinowskiego uważać należy za podstawowy punkt wyjścia wszystkich następnych prac. W ciągu ostatnich 10 lat piśmiennictwo o szwie naczyniowym tak się rozrasta, że zapoznanie się z niem dzisiaj wymaga poważnych studyów. Chirurgów interesuje przedewszystkiem to, co można wykonać u człowieka. Ostatnie słowo, o szwie naczyniowym rozstrzygające, wypowiedziała właściwie chirurgia podczas obecnej wojny. W r. 1913 na zjeździe w Londynie Matas zdołał zebrać 225 przypadków operowanych tętniaków, a Bier w kwietniu 1915 r. na zjeździe w Brukseli mówi o 102 operacyach na naczyniach krwionośnych, wykonanych przez siebie u 100 osób. Prelegent przytoczył jeszcze cały szereg badaczy, zajmujących się tą sprawą, jak również wyniki ich prac; podkreślił, że jednak najdalej w tym kierunku doszedł Francuz Carrell, pracujący w New-Yorku, który doprowadził technikę szwu naczyniowego do udoskonalenia, nie dającego się prawdopodobnie prześcignąć. Carrell przekonał się, że z tętnicy i żyły można wyciąć kawałek i usuniętą część zastąpić kawałkiem innego naczynia, wziętym z tego samego osobnika. W przypadkach zastąpienia kawałka ściany tętnicy ścianą żyły, ściana żyły z czasem zmienia się, nie przybiera jednak budowy histologicznej tętnicy, lecz zmienia się w twardą, bliznowatą tkankę, zawierającą gdzieniegdzie tkankę elastyczną. Wynik szwu, czy to bocznego, czy okrężnego z zastąpieniem kawałka ściany lub bez, należy uważać tylko wtedy za dodatni, jeżeli w ostatecznym wyniku drożność naczynia jest zachowana. Wiadomo, że uszkodzenie błony wewnętrznej (zmiażdżenie) wiedzie zwykle do wytworzenia się skrzepu; wystarczy nawet, jeżeli sok z tkanek dostanie się do światła naczynia. I przy szwie naczyniowym na linii szwu tworzy się skrzep. Skrzep ten jest jednak bardzo niewielki i szybko się organizuje. Śródbłonek naczyń odgrywa taką samą rolę dla naczyń, jak otrzewna dla jelit. Jeżeli się go zadrażni przez zbliżenie ściany do ściany, tworzy się zlep i spojenie, szyje się naczynia przeto w ten sposób, by śródbłonek stykał się ze śródbłonkiem, a ponieważ śródbłonek leży wewnątrz naczynia, szyje się więc naczynie odwrotnie, niż jelita. Jassinowski zszywał tylko błonę środkową i zewnętrzną, a błony wewnętrznej (intima) nie ruszał. W szczegóły szwu prelegent nie wchodzi, podaje tylko, że według zestawień Biera, własnych i innych, nie potrzeba żadnych pomocniczych narzędzi, w jakie technika tego działu chirurgii jest bardzo bogato uposażona, przedewszystkiem przez Jägera i Payera. Że Carrell do swoich doświadczeń na zwierzętach używał licznych narzędzi, to jest rzeczą zrozumiałą. Najważniejszym czynnikiem przy szwie naczyniowym jest aseptyka i naturalnie pewne techniczne wyrobienie rąk. Co do aseptyki, to jest rzeczą zrozumiałą, że odgrywa ona tutaj pierwszorzędną rolę. Technika zaś głównie sprowadza się do wypreparowania naczynia, które przy tętniakach, powstałych wskutek rany naczynia, w przypadkach nieświeżych jest trudne. Dzięki chirurgii naczyń wywiązała się sprawa przeszczepiania narządów jednego osobnika z jednego miejsca na drugie (autoplastyka), przeszczepiania narządów z jednego osobnika tego samego gatunku na drugiego (homoioplastyka) i wreszcie przeszczepiania narządów dwóch różnych gatunków (heteroplastyka). Autoplastyka daje się przeprowadzić u zwierząt z dobrymi wynikami, n. p. przeszczepienie nerki na naczynia małej miednicy, szyi i t. d. Nerka nietylko nie obumierała, ale obejmowała czynności także i drugiej, w międzyczasie usuniętej nerki. Do tegosamego wyniku doprowadziło przeszczepianie gruczołu tarczowego. Guthrie zabił małego psa i serce jego zeszył z naczyniami szyjnemi dużego psa. Serce to jakiś czas działało. Przeszczepione serce uderzało 88 razy na minutę, podczas gdy serce dużego psa 100. Guthrie podaje również, że mu się powiodło przeszczepić głowę psa na szyję drugiego psa; w przeszczepionej głowie w ciągu 26 minut stwierdzić miał Guthrie czynność opuszkową i centralną. Bliższych szczegółów autor ten nie podaje. Carrellowi udało się przeszczepić lewą goleń psa foksteriera do uda młodej suki terierowskiej. Kończyna przyrosła i nie obumarła; niestety suka padła po 22 dniach z zapalenia płuc. Inne doświadczenia porusza prelegent pobieżnie. Ze spostrzeżeń u ludzi znany jest przypadek, opisany przez Janu, przypadek przyszycia odciętego przedramienia, które trzymało się ramienia już tylko zapomocą małego kawałka skóry. Zeszyto w tym przypadku tętnice z tętnicami, żyły z żyłami, nerwy z nerwami. Przedramię podobno się przyjęło. Baier opisuje wyjęcie skrzepu z aorty z dobrym wynikiem. Podobny zabieg, również z dobrym wynikiem, opisał niedawno Konietzny. — Materyału do szwu naczyniowego dostarczyła obecna wojna w postaci urazowych tętniaków i wogóle zranień naczyń. Tętniaki te są w pojęciu anatomopatologicznem tętniakami rzekomymi. Ścianę ich tworzy tkanka łączna, mniej lub więcej zbita, powstająca przy organizacyi skrzepu krwi. Tętniak taki grozi zawsze niebezpieczeństwem krwotoku, czy to na zewnątrz, jeżeli tętniak, rosnąc, dojdzie do skóry, czy też na wewnątrz, do otaczających tkanek, nawet w razie zupełnego zagojenia się rany. Dlatego też tętniaki takie należy operować albo bezzwłocznie, albo między 3—6. tygodniem po zranieniu, gdy tkanki otaczające tętniak nie są jeszcze zbyt twarde i niema zbyt mocnych zrostów w otoczeniu. Przy samym zabiegu operacyjnym należy zawsze pamiętać o krwotoku. Rozróżniamy tętniaki tętnicze, żylne i tętniczo-żylne. W tych trzech warunki krążenia są lepsze, gdyż krew z tętniaka dostaje się do żyły i te tętniaki niekiedy nie potrzebują zabiegu operacyjnego w razie dostatecznie dużego skrzepu i twardej otoczki, powstałej z organizacyi tego skrzepu. Tętniaki tego rodzaju dają się rozpoznać klinicznie przez szmer powyżej tętniaka, w kierunku strumienia krwi żylnej. Zwykła igła jelitowa, odpowiednie imadło i wyjałowiony cienki jedwab, zanurzony w wyjałowionej parafinie, wystarczy. — W klinice chirurgicznej krakowskiej operowano 22 przypadki tętniaka, przyczem w 6 przypadkach podwiązano naczynia poniżej i powyżej tętniaka, a w 16 wykonano szew naczyniowy. Szew naczyniowy daje wyniki lepsze, tak, jak to wszyscy autorowie podnoszą, gdyż ze wspomnianych 6 operowanych zmarło 4, zaś z 16 również 4. Prelegent przedstawia następnie 3 przypadki wyleczonych przez szew naczyniowy tętniaków; w jednym szew wykonano na tętnicy ramiennej, w drugim zabieg był połączony z wycięciem tętnicy udowej wraz z tętnicą głęboką uda i wszyciem ściany żyły, w trzecim wykonano szew na tętnicy podkolanowej. We wszystkich trzech przypadkach drożność naczyń jest zachowana, o czem przekonuje tętno obwodowe. Szczególnie ciekawy był przypadek, operowany przez Dra Hładija, szwu poprzecznego przy podłużnej ranie na tętnicy ramiennej, gdy zaraz po założeniu szwu można było wyczuć tętno tej tętnicy. W przypadku zranienia tętnicy udowej musiał prelegent resekować przeszło 3 cm. tętnicy w miejscu odejścia głębokiej tętnicy uda i połączyć końce resekowanej tętnicy szwem okrężnym. W przypadku tym był tętniak tętniczo-żylny. Boczną ranę w żyle zaszył kol. Kader podłużnie, a jak ona była długa, dowodzi tego konieczność założenia 36 szwów. Że tętniaki można operować i w ranach ropiejących, dowodzi tego przypadek kol. Micheidy zaszycia rany w tętnicy udowej w ranie ropiejącej z powodzeniem. Jeżeli tętnica jest przestrzelona na wylot, nie pozostaje nic innego, jak resekcya tętnicy. Najtrudniejsze są te przypadki, w których chodzi o tętniak tętniczo-żylny ze zrostami na dłuższej przestrzeni między żyłą a tętnicą. Przypadki w klinice chirurgicznej operowali kol. Hładij, Jaworski, Micheida, Erkes.

Sekretarz: Dr Jaworski.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Rok LV. Kraków, 1. lutego 1916. Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki pediatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O leczeniu nagminnego zapalenia opon dokomorowemi i namózgowemi wstrzykiwaniami surowicy swoistej.

Podał

Prof. Dr Ksawery Lewkowicz

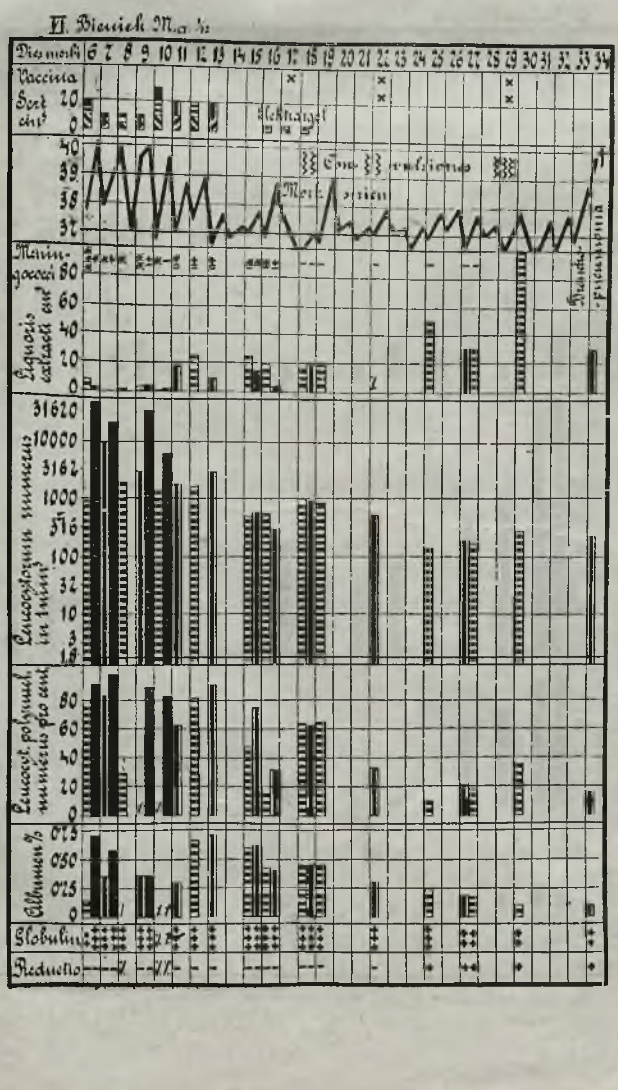
(Według wykładów w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w d. 10 marca 1915 r. i na posiedzeniu naukowem lekarzy wojskowych twierdzy krakowskiej w d. 27 marca 1915 r.).

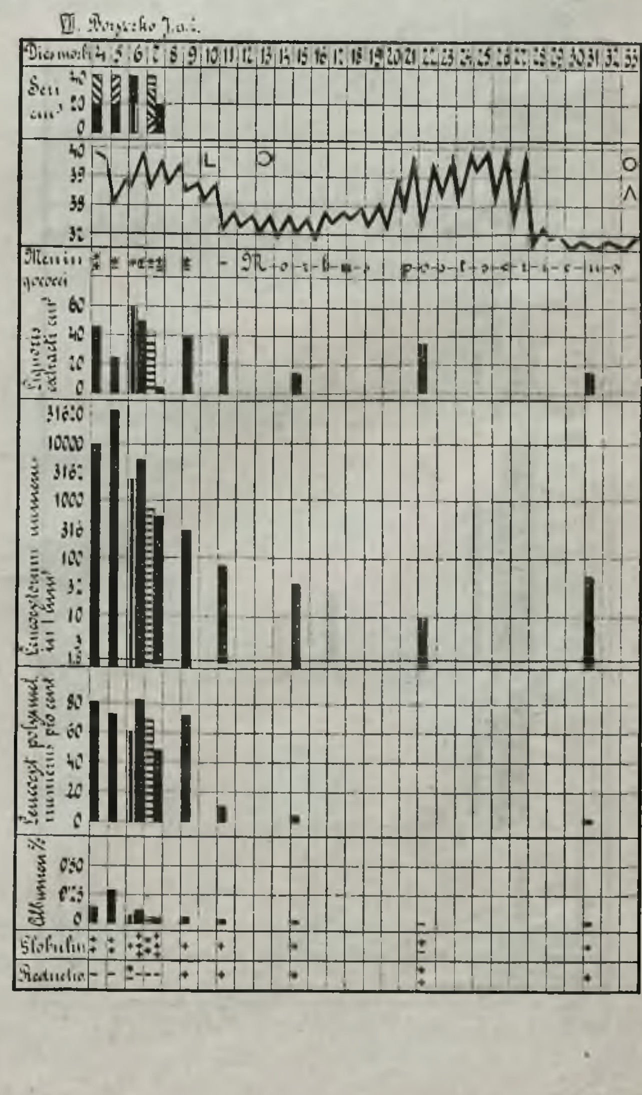
(Dokończenie).

VI. B. M., jednomiesięczne, początkowo piersią, od 11. dnia życia sztucznie karmione niemowlę, przyjęte w 6. dniu choroby. Objawów poraźnych nie było. Niepokojącą zato od początku była ciężka niestrawność z cechami niszczenia pokarmowego (decompositio). Ciężar ciała mimo karmienia mlekem białkowem i kobiecem opadał stopniowo (początkowa waga 3420 g, końcowa 2850 g).

Surowica, stosowana początkowo w małych, później w wyższych dawkach, osiągnęła tu tylko wynik częściowy i dopiero wstrzykiwania elektrargolu usunęły meningokoki i sprowadziły wybitne cofanie się, jeżeli nie sprawy zapalnej całkowitej, to przynajmniej ropienia. O zupełnem ustąpieniu ropienia nie można jednak w tym przypadku mówić. Przytem rozwija się, jak z ilości płynu otrzymywanego z komór widać, wodogłowie, przy nakłuciach lędźwiowych wydobywa się tylko małe ilości płynu, później nie otrzymuje się go wcale, widocznie z powodu zlepów lub gęstych ropnych pokładów, pojawiają się drgawki, a wreszcie kończy znów sprawę ostre zapalenie odoskrzelowe płuc.

Badanie pośmiertne wykazało w zakresie mózgu tylko pozostałości po zmianach ropnych w postaci zgrubień opon i wodogłowia. Na przedniej powierzchni rdzenia znaczne jeszcze





stosunkowo pokłady ropne. W płucach liczne drobne ogniska ropne, w jelitach objawy nieżytu przewlekłego.

VII. B. J., 2 letni chłopiec, przyjęty w 4. dniu choroby w dosyć ciężkim stanie.

Surowicy wstrzyknięto w czterech dniach następujących po sobie ogółem 180 cm³ nardzeniowo, namózgowo i dokomorowo. Z ustąpieniem meningokoków szybkie cofanie się zapalenia i ropienia, a ręka w rękę z tem także objawów klinicznych. Wyzdrowienie powstrzymane zostało przez ciężką i długotrwałą chorobę posurowiczą, podczas której obraz chorobowy znów przybrał pewne zabarwienie oponowe. Potem jednak szybki powrót do zdrowia. Obecnie (demonstracya) jest dziecko w kwitnącym stanie i nie okazuje żadnych śladów przebytej choroby.

VIII. S. A., 18-miesięczne dziecko, przyjęte 4. dnia choroby.

Energiczne leczenie surowicą, 180 cm³ w ciągu 3 dni, przeważnie namózgowo. Gładki przebieg, tylko nieznaczne zaburzenia posurowicze.

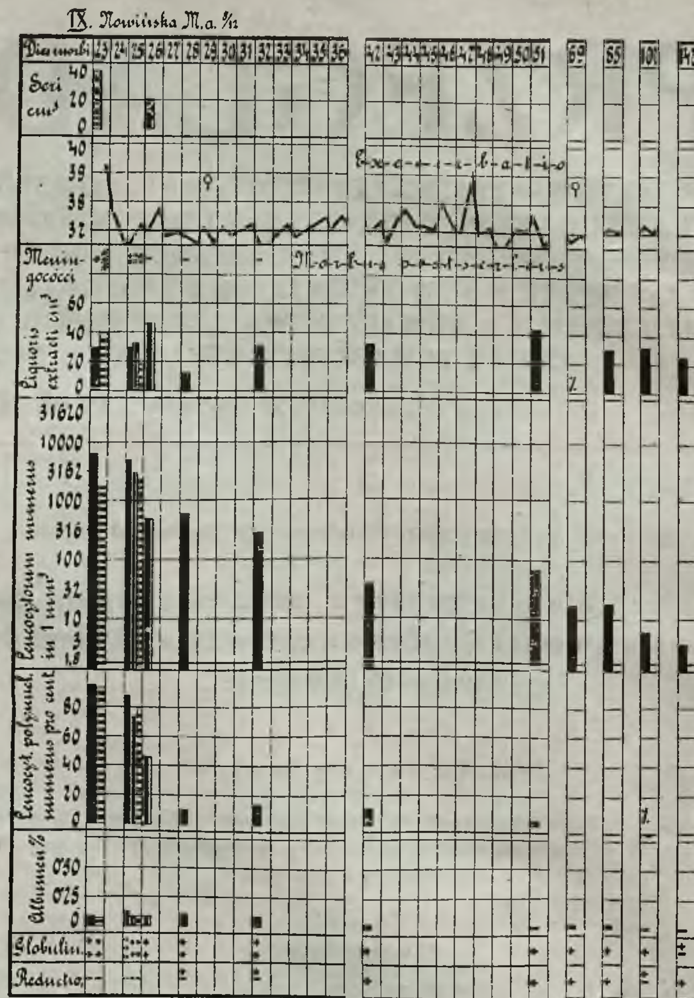
IX. N. M., ośmiomiesięczne niemowlę, karmione piersią, przyjęte w 23. dniu choroby w stanie beznadziejnym: silne zamroczenie, rogówki pokryte śluzem, źrenice nierówne, na światło nie oddziałujące, prawy nerw twarzowy niedowładny.

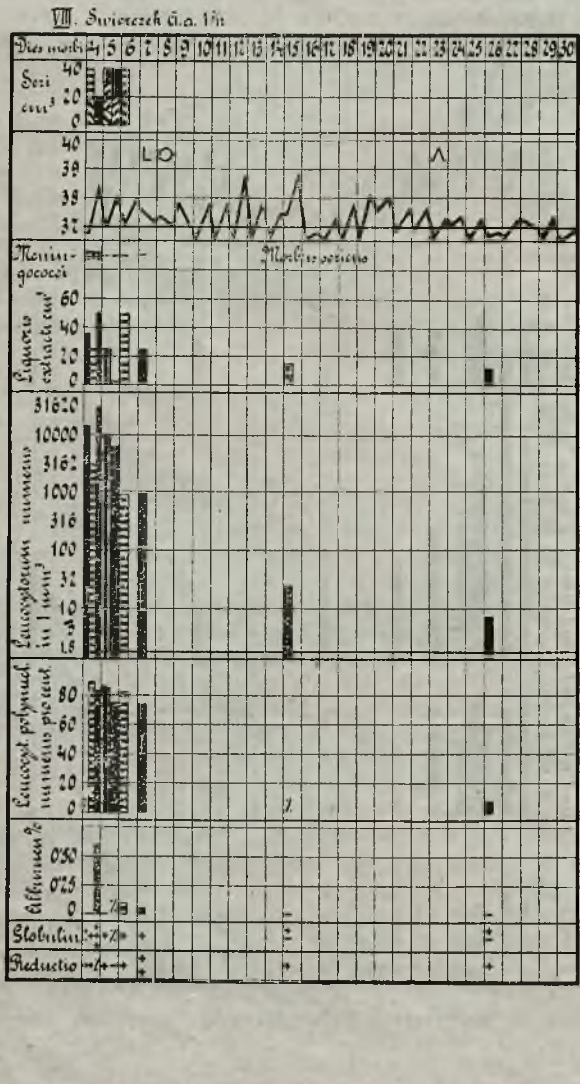
Surowicę zastosowano namózgowo i dokomorowo w większej dawce w dniu przyjęcia i w mniejszej w trzy dni potem. Wynik nadspodziewanie korzystny. Meningokoki ustępują, ropienie szybko się cofa. Pozostaje pewien stopień podrażnienia surowiczego i w związku z tem stojące, chociaż zupełnie nieznaczne objawy wodogłowia. Nie można sobie też wyobrażać, że tu opony powróciły zupełnie do stanu prawidłowego. Mimo to inteligencya dziecka, zdaje się, wiele nie ucierpiała, a rozwój dalszy był w przybliżeniu prawidłowy (demonstracya).

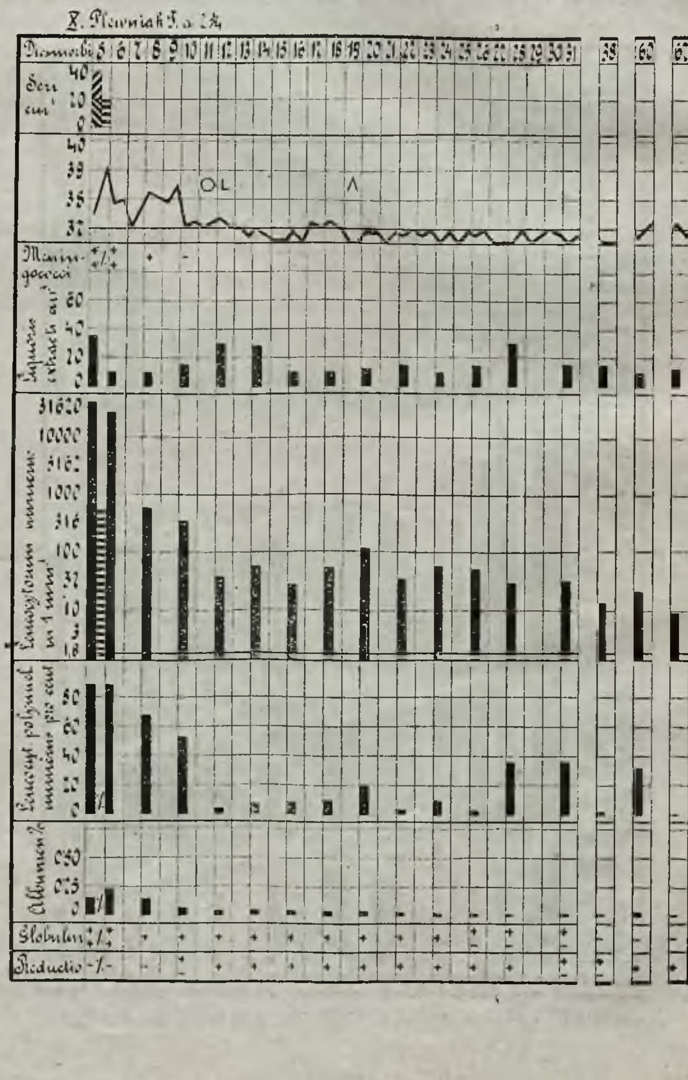
X. P. F., 3-letnia dziewczynka, przyjęta w 5. dniu choroby w stanie dość ciężkim.

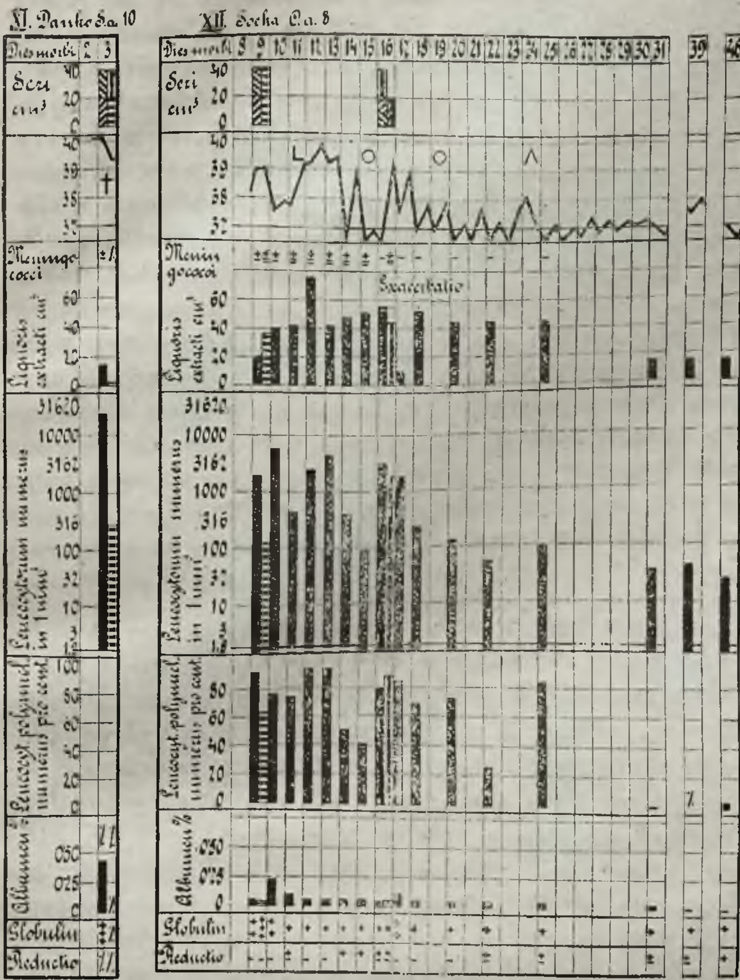
60 cm³ surowicy w jednem posiedzeniu namózgowo i dokomorowo. Przebieg gładki, szybki powrót do zdrrowia, pozostaje jednak niedosłyszenie na uchu lewem i utrudnienie mowy (demonstracya).

XI. D. S., 10-letni chłopiec, przyjęty w 2. dniu choroby, ale już w stanie bezprzytomnym z krańcowym niepokojem i rzucaniem się, szerokiemi nieodziałującemi źrenicami, ślinieniem.









Dopiero następnego dnia występują wybitniejsze objawy oponowe: sztywność karku, objaw Kerniga, a rozpoznanie zostaje utwierdzone przez nakłucie lędźwiowe. Tymczasem jednak chory jest umierający: skóra i błony śluzowe stają się sine, oddychanie rzężące. Po wstrzyknięciu surowicy pewne uspokojenie, osłabienie serca jednak postępuje i w 20 godzin po zabiegu, a w 44 godzin od początku choroby następuje zejście śmiertelne.

Chodziło zatem o postać piorunującą, przyczem objawy oponowe schodziły na drugi plan wobec objawów ogólnego zatrucia, czy też zakażenia. Z tem pozostawał w zgodzie także wynik badania pośmiertnego, gdyż znaleziono tylko nieznaczne zmiany na oponach, a przeciwnie uderzająco wybitne zwyrodnienia narządów wewnętrznych.

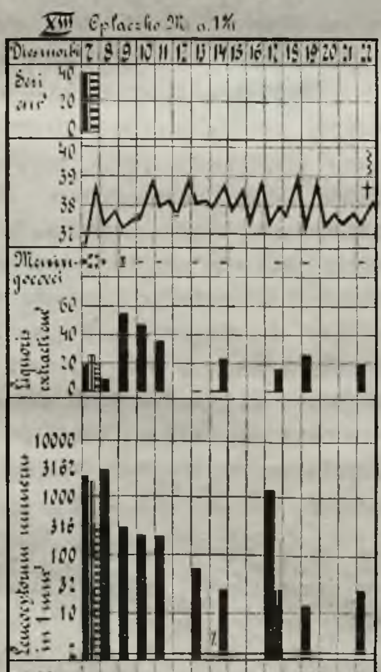
XII. S. O., 8-letnia dziewczyna, przyjęta 8. dnia choroby w stanie ciężkim, z niedowładem prawego nerwu twarzowego.

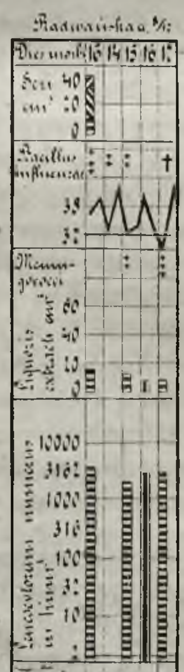
Po pierwszej obfitej dawce surowicy, 80 cm³ namózgowo i dokomorowo po stronie prawej, meningokoki nie znikają. Ropienie zmniejsza się wprawdzie początkowo znacznie, ale później znowu się zaostrza. To zmusza do drugiego zabiegu w dni 7 po piewszym, przyczem lewą komorę znajduje się zakażoną. Po drugim zabiegu szybki powrót do zdrowia. Cytologicznie stwierdzone zaostrzenie 25. dnia choroby należy chyba zaliczyć do przypadłości posurowiczych. Po pierwszym zabiegu zauważono niedowład ręki lewej, który następnie powoli ustępował (demonstracya).

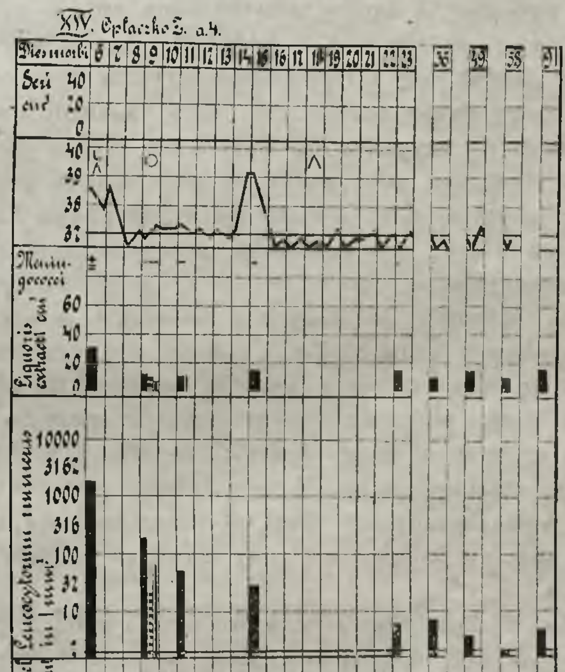
XIII. O. M. 18-miesięczne dziecko limfatyczne, krzywicze i gruźlicze (Pirquet +), przyjęte 7. dnia choroby w ciężkim stanie, okazuje sztywny niedowład kończyn. Rozsiane zmiany w płucach, które tłómaczyliśmy sobie jako zapalenie płuc odoskrzelowe.

Surowicy wstrzyknięto w jednem posiedzeniu 80 cm³ do lewej i prawej komory. W następstwie tego znikają meningokoki, a zapalenie i niedowład cofają się. 22. dnia choroby występują niespodziewanie drgawki, trwające aż do śmierci.

Przy badaniu pośmiertnem stwierdza się w oponach mózgu i rdzenia tylko silne przekrwienie, podobnie komory nie okazują zmian. Jedynie na przedniej części obu płatów czołowych (demonstracya) znajduje się gruby żółtawo-szary pokład. Przy badaniu mikroskopowem tegoż stwierdza się bezpostaciową miazgę rozpadową, a wśród niej liczne duże jednojądrzaste ko-







mórki, a tylko bardzo nieliczne ciałka wielojądrzaste; meningokoków niema, a także hodowla jest ujemna. Pokładu zatem nie można uważać za ropę, lecz za miazgę rozpadową, powstałą z ropy i będącą w okresie organizowania się. Musi się zupełnie stanowczo utrzymywać, że swoista sprawa ropna była tutaj zupełnie wyleczona.

W płucach i narządach wewnętrznych liczne gruzełki prosowate, — zatem gruźlica prosówkowa.

XIV. O. Z., 4-letnia dziewczynka, siostra poprzedniej, przyjęta 6. dnia choroby.

Początek choroby ostry, typowy, objawy wolnieją jednak szybko tak, że matka przyprowadza dziecko do kliniki dopiero wtedy, gdy przy sposobności poprzedniego przypadku zostaje do tego przez lekarza wezwana.

W klinice nie stwierdza się już objawów oponowych, także stan ogólny jest — poza gorączką — zadowalniający: dziecko siedzi, bawi się. Mimo to wykazuje nakłucie lędźwiowe płyn zapalny z cechą ropną i niewątpliwymi meningokokami, stwierdzonymi mikroskopem i hodowlą.

Wszystkie te objawy jednak szybko się cofają, tak, że leczenie surowicą było w tym przypadku zbyteczne.

Pozostaje nam jeszcze zrobić ogólny przegląd naszych przypadków.

Co co leczenia surowicą, to postępowanie nie było we wszystkich przypadkach równe. Początkowo trzymałem się zasady, że do wstrzykiwań dokomorowych i namózgowych należy przystępować dopiero wtedy, gdy nardzeniowe zawiodły. Zasadę tę wkrótce jednak porzuciłem, a to dlatego, że przy takiem postępowaniu traci się drogi czas, a przytem ogólna dawka surowicy zbyt łatwo staje się nadmiernie wysoką, a ta okoliczność, mianowicie u oseskόw, wcale nie jest obojętną. Próbowano zarówno wysokich dawek codziennych (przyp. V.), jak i niższych dawek (przyp. VI.), któreby pozwalały uniknąć nadmiernej dawki ogólnej. W końcu wstrzykiwano znowu jedną wysoką dawkę, 40—80 cm³, i śledzono przez kilka dni jej skutek. Nawet przy utrzymywaniu się meningokoków można z drugą dawką czekać, jak długo zapalenie i ropienie się cofają. W przypadku IX. była druga dawka prawdopodobnie zbyteczną, gdyż wydobyty przy zabiegu płyn okazał się jałowym. Gdy jednak, jak w przypadku XII., przy utrzymywaniu się meningokoków nastąpi zaostrzenie ropienia, przystępuje się oczywiście do drugiego wstrzyknięcia.

W stosunku do małych kilkakrotnie powtarzanych dawek okazuje jedna wielka, z różnych miejsc wstrzyknięta dawka tę niezaprzeczoną korzyść, że przez to osiągamy zalanie worka podpajęczynówkowego i że surowica w znacznem zgęszczeniu osiąga wszystkie ogniska choroby i wylęgarnie meningokoków. Wobec jednak względnie szybkiego wessania surowicy musi tutaj zato działanie surowicy trwać znacznie króciej, niż przy dawkach małych, powtarzanych.

Co do ilości surowicy, które można wstrzyknąć śródczaszkowo bez niebezpieczeństwa wywołania poważniejszych objawów ucisku mózgowego, to okazały się one bardzo znaczne. Początkowo postępowałem bardzo ostrożnie i wstrzykiwałem tylko taką ilość płynu, jaką wypuściłem. Powoli doszedłem do dawek 60 i 80 cm³, a także te znosili chorzy bardzo dobrze nawet przy niepodatnej czaszce i bez poprzedniego znaczniejszego wypuszczenia płynu.

O podmiotowych wrażeniach przy zabiegu (nigdy nie usypialiśmy naszych chorych) mogła nam tylko 8-letnia dziewczynka (przyp. XII.) coś podać. Skarżyła się ona na ból głowy, bóle w oczach, w brzuchu, ogólne uczucie gorąca, pokryła się też potem. Użalała się, że się jej wierci w głowie i nie pozwoli położyć się spokojnie do łóżka. Miała przez cały czas zupełnie nieprzymgloną przytomność.

Przejdziemy teraz do omówienia wyników. Otóż, jeżelibyśmy się mieli trzymać suchych liczb, to nie są one wcale zachęcające. Czternaście przypadków, z tego 8 śmiertelnych, zatem śmiertelność 57·14%, tak wysoka, jak w czasach przedsurowiczych. Przy bliższem rozpatrzeniu sprawa nie przedstawia się jednak wcale tak rozpaczliwie, jakby się na pierwszy rzut oka zdawało. Nie można przecież od leczenia wymagać rzeczy niemożliwych. Należy więc wyłączyć przypadek XI., w którym chodziło o postać piorunującą, a także przypadek III., w którym w chwili rozpoczęcia leczenia były już niewątpliwie rozwinięte zakrzepy zatok. Pozostałoby 12 przypadków ze śmiertelnością 50%, a jeżeli się jeszcze wyłączy przypadek XIII., skombinowany z gruźlicą prosówkową, 11 przypadków ze śmiertelnością 45·45%.

Toby była jeszcze śmiertelność bardzo wysoka. Jednak trzeba zważyć, że w tych 5 czy 6 przypadkach śmierć wcale nie nastąpiła dlatego, że leczenie swoiste zawiodło. Przecież tylko w II. przypadku swoista sprawa ropna pozostała nienaruszona, ale też na wybitniejsze oddziałanie surowicy nie było tutaj czasu. We wszystkich pozostałych przypadkach sprawa swoista była całkowicie (I., V., XIII.) lub prawie całkowicie wyleczona (IV., VI.), a śmierć następowała zawsze wskutek innych, nie swoistych przyczyn, pomiędzy któremi na pierwszem miejscu wymienić należy powikłania płucne. Wszystkie te przypadki dostawaliśmy przytem w okresie późnym, między 6. a 29. dniem choroby, a przeważnie nawet bardzo późnym, od 16. dnia choroby. Nie jest też wcale przypadkowem, że we wszystkich tych przypadkach chodzi o niemowlęta, przeważnie karmione sztucznie, zatem o materyał bardzo kruchy, skłonny, mianowicie przy podkopaniu odporności przez jakąkolwiek sprawę ogólną gorączkową (choroba pierwotna, choroba posurowicza, wstrzykiwanie szczepionki), zarówno do zaburzeń żołądkowo-jelitowych, jak właśnie do powikłań płucnych. Dzieci w pierwszem półroczu życia zmarły wszystkie (II., III., V., V.), z dzieci w drugiem półroczu zmarło jedno (IV.), a jedno zostało wyleczone (IX.), z dzieci w drugim roku życia po wyłączeniu przypadku XIII. zmarło jedno (I.), jedno zostało wyleczone (VIII.). Dzieci po skończonym drugim roku życia po wyłączeniu przypadku XI wyleczone zostały wszystkie (VII., X., XII., XIV.).

Wspomniałem już, że w przypadkach I., V. i XIII. uzyskaliśmy zupełne, w przypadkach IV. i VI. prawie zupełne wyleczenie swoistej sprawy ropnej. Rozwinęły się jednak w następstwie rozległe zmiany włókniste, stwardnienie opon i tkanki mózgowej. Zmiany te za życia w przypadku IV. i V. nie objawiały się żadnymi wybitniejszymi przypadami. W przypadku I. pojawiło się w ich następstwie ogólne ciężkie porażenie kurczowe, w przypadku VI. drgawki, powtarzające się od czasu do czasu, podobnie przypadek VI. zakończyły drgawki ogólne. Charakterystycznem jest, że te zaburzenia nerwowe we wszystkich przypadkach rozpoczynają się dopiero wtedy, gdy sprawa ropna ustąpiła w zupełności albo w części, a pozostałe po naciekach masy poczynają się organizować.

Z naszych rozważań i spostrzeżeń można wysnuć następujące wnioski:

1) Wstrzykiwanie surowicy przeciwmeningokokowej przez nakłucie lędźwiowe jest mało skuteczne i powinno być zaniechane, albo co najwięcej stosowane równocześnie z wstrzykiwaniami dokomorowemi i namózgowemi.

2) Wstrzykiwania dokomorowe, jednorazowo większych ilości, 60—80^3, lub kilkakrotnie mniejszych ilości, 10—20 cm^3, przedstawiają w porównaniu z wstrzykiwaniem nardzeniowem znaczne korzyści i powinny znaleść ogólne zastosowanie.

3) Wstrzykiwania namózgowe przedstawiają pewne niebezpieczeństwa i na razie nie mogą być polecone do ogólnego użytku. Można ich jednak spróbować przynajmniej w przypadkach ciężkich i zaniedbanych w tej myśli, że w ten sposób najłatwiej się uda zahamować swoistą sprawę ropną, zmusić ją do cofania się i zapobiedz dalszym uszkodzeniom tkanki mózgowej.

4) Skuteczność wstrzykiwań dokomorowych i namózgowych wynika z jednej strony z tej okoliczności, że u dzieci starszych możemy się poszczycić śmiertelnością równą zeru; z drugiej strony z tego, że nawet w przypadkach niekorzystnych udawało nam się sprawę swoistą doprowadzać do całkowitego albo prawie całkowitego wyleczenia, a śmierć miała zawsze — chodziło wyłącznie o niemowlęta — inne przyczyny, a nie utrzymywanie się lub rozszerzanie się swoistej sprawy ropnej.

O znużeniu

napisał

Prof. Dr. Karol Klecki.

Ciąg dalszy.

Znużenie nerwów. Włókna nerwowe, przewodzące podnietę z ośrodków nerwowych do mięśni, nie są bynajmniej biernymi przewodnikami, jak to jeszcze niedawno sobie wyobrażano. Posiadają one ze wszystkich układów żywych największą zdolność przewodzenia, a same w stanie prawidłowym stanowią układ izoboliczny. Związany z przewodzeniem podniety stan czynny nerwu zależy, jak to wykazał Cybulski[11]), od toczących się w nim spraw chemicznych, których wyrazem są prądy czynnościowe nerwu; zależność ta jest tak wielka, że, stwierdziwszy zależność prądów czynnościowych nerwu od ciepłoty, Cybulski[12]) wyraża przewodzenie nerwu wzorem chemicznym. Innemi słowy, przewodzenie podniety w nerwie jest również związane z przemianą materyi w jego włóknach, przyczem rozpad czynnościowy drobin na każdym przekroju nerwu jest bodźcem dla dalszego przekroju, a to posuwanie się stanu czynnego wdłuż nerwu sprowadza przewodzenie przezeń podniety. Ścisły związek, jaki zachodzi pomiędzy czynnością nerwu a toczącą się w nim przemianą materyi, przemawia za tem, że przy nadmiernej czynności nerw może uledz znużeniu czy to przez zatrucie wytworami przemiany materyi, czy też wskutek zużycia i niedostatecznej odnowy materyału czynnościowego. Tymczasem poglądy fizyologów w tej materyi nie są jeszcze zgodne. Jedni badacze jak n. p. v. Bunge[13]), Weekers[14]), uważają, że nerwy nie nużą się zupełnie, inni, jak n. p. Verworn[15]), twierdzą, że nerwy się nużą. Verworn opiera to twierdzenie na eksperymentach, wykonanych na nerwach żaby, w których nerw czynny w atmosferze beztlenowej po jakimś czasie tracił swą pobudliwość i przestawał przewodzić podniety. Według Verworna w braku tlenu i przy nadmiernej czynności okres refrakcyi, który w warunkach fizyologicznych niezmiernie szybko mija, znacznie się przedłuża; nerw przestaje wówczas być układem izobolicznym, a staje układem heterobolicznym, w którym podniety mogą się sumować i przez to sprowadzić znużenie nerwu.

Należy jednak zauważyć, że powyższe doświadczenia dowodzą tylko tego, że w pewnych odpowiednio dobranych warunkach można sztucznie doprowadzić nerw do znużenia. W naturalnych zaś warunkach nerw nuży się bardzo trudno, co niezawodnie wiąże się z tą okolicznością, że nerw w stanie czynnym zużywa niezmiernie mało tlenu. Wynika to, między innemi, z eksperymentów Becka[16]), których warunki były znacznie więcej zbliżone do warunków naturalnych, niż warunki eksperymentów, o których dopiero co była mowa. Znalazłszy objekt, szczególnie dobrze nadający się do zbadania tej sprawy, w nerwie współczulnym, unerwiającym mięsień rozszerzający źrenicę kota, stwierdził Beck, że przy stosowaniu sztucznej podniety, działającej znacznie silniej, niż podnieta naturalna, nerw nuży się niesłychanie powoli. Stąd wnosi Beck, że przy przewodzeniu podniet fizyologicznych włókno nerwowe wcale się nie nuży, a tłómaczy to tem, że w stanie czynnym nerwu zużycie materyału czynnościowego jest bardzo nieznaczne i że w warunkach naturalnych zużyty materyał może się zupełnie odnawiać, a produkty rozpadu mogą być dokładnie usuwane.

Najbardziej do prawdy zbliżonym wydaje się tedy pogląd, że aczkolwiek znużenie nerwu jest rzeczą możliwą, w warunkach naturalnych, w przeciwstawieniu do ośrodków nerwowych, włókna nerwowe nużą się wogóle bardzo trudno.

Znużenie zakończeń nerwowych w mięśniach powstaje stosunkowo łatwo. Zatrucie nikotyną, oraz wycięcie nadnerczy, ułatwiają nużenie się tej części przyrządu nerwowomięśniowego (Hofmann)[17]).

Znużenie mięśni. Czynność mięśni, wyrażająca się w wykonywanej przez nie pracy mechanicznej, a polegająca na skurczu elementów właściwych mięśnia, powstaje jako skutek podniet, wychodzących z ośrodków nerwowych. Podniety te, prawdopodobnie rytmiczne, pobudzają w mięśniu sprawy dysymilacyi i przez to wprawiają go w stan czynny, w którym mięsień rytmicznie pracuje.

W pracującym mięśniu główna rola przypada anizo-

[11]) Cybulski N. Centr. f. Physiol. 1898 Nr 17.

[12]) Cybulski N. Przegl. lek. 1913.

[13]) v. Bunge G. Lehrbuch der Physiologie des Menschen Leipzig 1901.

[14]) Weekers. Arch. de physiol. 1906. Ref. w Biophys. Centr. 1906.

[15]) Verworn M. l. c.

[16]) Beck A. Lwowski Tyg. lek. 1907.

[17]) Hofmann F. B. D. Kongr. f. inn. Med. 1914. Ref. w Wien. klin. Woch. 1914.

tropowym włókienkom mięsnym, które szybko się kurczą i które przy pracy ulegają znużeniu; sarkoplasma zaś, której skrócenie wysuwa się na pierwsze miejsce w trwających przez czas dłuższy przykurczeniach mięśni, nie nuży się.

W ostatnich czasach fizyologowie (Hermann, Lillie[18]), Hofmann[19]), Wacker[20]) sprowadzają skurcz mięśnia do tych samych spraw elementarnych, które przez ścięcie plazmy mięśnia wywołują stałe jego stężenie, gdy intensywność tych spraw jest znaczna i gdy przestały być odwracalne.

Lillie uważa za sprawę główną w skurczu mięśnia zmianę stanu agregacyi jego cząstek; cząstki te silniej się skupiają, a przez to energia potencyalna, nagromadzona tu w postaci napięcia na powierzchni, zmniejsza się, a pewna jej część przemienia się na energię kinetyczną. Atoli większość fizyologów sądzi, że zmiana zasadnicza, jaka w skurczu mięśnia zachodzi, tyczy się zawartości wody w poszczególnych jego elementach. Już Engelmann[21]) wyobrażał sobie, że w skurczu mięśnia przechodzi ciecz z istoty izotropowej do anizotropowej. Dzisiaj fizyologowie wiążą zarówno skurcz mięśnia, jakoteż i jego stężenie z pęcznieniem włókienek mięsnych. Przytem może odgrywać wielką rolę nawet bardzo mała ilość kwasu, wolne bowiem jony wodoru ułatwiają bardzo pęcznienie koloidów. Według Meigsa[22]) w kurczącem się włóknie mięsnem włókienka pęcznieją i przez to skracają się dlatego, że powstaje w nich kwas mleczny, przyciągający wodę z otoczenia, mianowicie z sarkoplazmy. Jak to już wyżej zaznaczyłem, z czynnością mięśnia wiążą się toczące się w nim sprawy dysymilacyi. Znamiennym wyrazem tych spraw rozkładowych czyli katabolicznych są tak gruntownie przez Cybulskiego[23]) zbadane prądy czynnościowe w mięśniu. Według Cybulskiego w każdej cząstce czynnego włókna mięsnego wskutek rozkładu chemicznego powstają różne ciała, które ulegają elektrycznej dysocyacyi; ponieważ powstałe przytem jony dodatnie, obdarzone większą chyżością, niż jony ujemne, wyprzedzają je i dyfundują wzdłuż włókna ku cząstkom nieczynnym, w miejscach tej dyfuzyi powstają różnice potencyału elektrycznego, a przez to powstaje we włóknie mięsnem prąd w tym kierunku, w którym pobudzenie włókna, a co za tem idzie, jego stan czynny się posuwa. Cybulski wyraża przekonanie, że prądy elektryczne w ogólności, jakie w ustroju powstają, a zatem zarówno prądy spoczynkowe, jakoteż i czynnościowe, które wykazano dotąd nietylko w nerwach i mięśniach, lecz także i w niektórych gruczołach (Beck i Zbyszewski)[24]), nietylko są skutkiem przemiany materyi, ale i same, wpływając na dyfuzyę i osmozę w ustroju, wywierają na przemianę materyi znaczny wpływ i poniekąd ją regulują[25]).

Źródłem energii, jaką mięsień przy pracy mechanicznej wydaje, są głównie wprowadzone do ustroju z pożywieniem związki bezazotowe, zwłaszcza węglowodany. Tłuszcze gorzej się do tego nadają, gdy jednak mięśnie pracują kosztem tłuszczów, nie potrzeba, jak to dawniej sądzono, uprzedniej przemiany ich na cukier, gdyż same one, t. j. tłuszcze, dają wyzwalającą się przy pracy energię (Atwater)[26]). Węglowodany i tłuszcze są zarazem źródłem ciepła, jakie się przy pracy mięśni wywiązuje, nadto według wszelkiego podobieństwa do prawdy, służą one także i do odbudowy tkanki mięsnej. Mięsień może pracować także kosztem białka, jak to wykazał Pflüger[27]), a zachodzi to głównie wtedy, gdy zapasy związków bezazotowych w ustroju w pewnej mierze się wyczerpią, jak to bywa w późniejszych okresach głodu i chorobach wyniszczających, a dowóz ich do ustroju jest niedostateczny lub ustał zupełnie.

Według Atwatera komórka mięsna w pewnych warunkach wyzyskuje całą energię chemiczną, zawartą w doprowadzonem do niej pożywieniu, ażeby odpowiedzieć w zupełności postawionym jej wymaganiom. Zuntz[28]) zaś twierdzi, że nietylko węglowodany, tłuszcze i białko, ale i łatwo ulegające spaleniu kwasy organiczne, alkohole i amidy mogą być jednako źródłem energii dla pracującego mięśnia. Według Zuntza w warunkach zwykłych tylko mała część energii zawartej w węglowodanach wyzwala się przy pracy mięśni w postaci pracy mechanicznej; w warunkach pomyślniejszych może ta ilość energii dojść do trzeciej części rzeczonej energii potencyalnej.

W przemianie materyi pracującego mięśnia niewątpliwie wielką rolę odgrywają sprawy oksydacyjne, zwłaszcza utlenianie węglowodanów, przyczem ostatecznie powstaje kwas węglowy i woda. Bliższe atoli szczegóły tych spraw są jeszcze dosyć ciemne.

Tego, w jaki sposób zasymilowane przez mięsień węglowodany są w jego plazmie związane, dotąd także dokładnie nie wiemy. Niektórzy fizyologowie wyobrażają sobie, że grupy węglowodanów są luźno związane z kompleksami azotowymi rzędu alipatycznego (kwasami aminowymi) drobiny białka, że są one niejako przyczepione na obwodzie tych bocznych łańcuchów rzeczonej drobiny i że dlatego łatwo mogą być spalone, i to bez szkody dla właściwej

---

[18]) Lillie R. S. Americ. Journ. of Physiol. 1906. Cyt. wedł. Fürtha. Fürth v. O. Probleme der physiologischen u. pathologischen Chemie. Leipzig 1912—1913.

[19]) Hofmann F. B. Versamml. d. deut. physiol. Gesellsch. Würzburg 1909. Cyt. wedł. Fürtha.

[20]) Wacker L. Münch. med. Woch. 1915.

[21]) Engelmann Th. Ueber den Ursprung der Muskelkraft. Leipzig 1893. Cyt. wedł. Fürtha.

[22]) Meigs E. A. Americ. Journ. of Physiol. 1910. Cyt. wedł. Fürtha.

[23]) Cybulski N. Rozpr. W. mat. przyr. Ak. Um. w Krakowie 1898. — Cybulski N. i Dunin Borkowski J. Bull. de l'Ac. d. Sc. de Cracovie 1909. — Cybulski N. Ibid. 1910; Rozpr. W. mat. przyr. Ak. Um. w Krakowie 1911; Ibid. 1912.

[24]) Beck i Zbyszewski L. Bull. de l'Ac. de Sc. de Cracovie 1912.

[25]) Niektórzy badacze uważają dotąd prąd czynnościowy w mięśniach za sprawę samoistną, zupełnie niezależną od przemiany materyi w mięśniu (Boruttau*), Weizsäcker)**). Ostatnie jednak badania Cybulskiego***), a zwłaszcza Cybulskiego i Woliczki****), z których wynika zależność prądów czynnościowych w mięśniu od ciepłoty, powyższy pogląd obalają.

*) Boruttau cyt. wedł. Weizsäckera.

**) Weizsäcker V. Münch. med. Woch. 1905, Nr 7, 8.

***) Cybulski N. Gaz. lek. 1913. — Prace mat. fiz. T. XXIV. 1913.

****) Cybulski N. i Woliczko S. Bull. de l'Ac. d. Sc. de Cracovie 1914.

[26]) Atwater W. O. Ergebn. der Physiol. III. 1904.

[27]) Pflüger E. Pflügers Arch. 1891. Cyt. wedł. Abderhaldena. Abderhalden E. Lehrbuch der physiolog. Chemie, Berlin—Wien 1906.

[28]) Zuntz N. Festrede am 26. I. 1908, Berlin. Cyt. wedł. Fürtha.

drobiny białka, a im więcej takich grup drobina białka w mięśniu zawiera, tem większą pracę może on wykonać. Niektórzy badacze przypuszczają, że w żywej protoplazmie, w środowisku alkalicznem, drobiny białka są nabite elektrycznie ujemnie; wskutek tego wzajemnie się odpychają, a ich grupy obwodowe są przez to łatwo dostępne dla doprowadzonego ze krwią tlenu. Inni natomiast badacze wątpią, czy w rzeczywistości zachodzi taki luźny związek węglowodanów z drobiną białka.

Wiadomo, że zawarty w mięśniach glikogen nie utlenia się bezpośrednio, ale że przedtem rozkłada go ferment diastatyczny na cukier gronowy. W jaki zaś sposób cukier ten spala się w mięśniach, niewiadomo. Do niedawna można było sądzić na podstawie badań Cohnheima[29]), że pośredniczy tu ferment glikolityczny, wytwarzany w stanie nieczynnym przez mięsień, a aktywowany przez wydzielinę wewnętrzną trzustki. Jednakże pogląd ten w ostatnich czasach został bardzo zachwiany. Natomiast przypuszczać należy, że w spalaniu węglowodanów w mięśniu działają oksydazy.

Przez długi czas sądzono powszechnie, że energia, jaka się wyzwala przy pracy mięśnia, pochodzi tylko z toczących się w nim spraw oksydacyjnych. Wiedziano bowiem z badań dawniejszych, że mięsień przy pracy pochłania więcej tlenu i wytwarza więcej kwasu węglowego, niż w spoczynku. Z badań tych wynikało także, że mięsień w spoczynku pochłania więcej tlenu, niż go wydaje w kwasie węglowym, jaki wytwarza, oraz, że przy natężonej pracy mięsień nietylko zużywa ten zapas tlenu, ale czerpie zarazem bardzo energicznie tlen ze krwi, a oddaje w wytworzonym kwasie węglowym więcej tlenu, niż go pobrał.

W ostatnich zaś czasach wielu fizyologów wyraża pogląd, że nie same tylko spalania są źródłem energii, jaką przy pracy mięsień wydaje, a niektórzy nawet odmawiają sprawom oksydacyjnym wszelkiego znaczenia w tym względzie. Pogląd ten wysnuto z badań nad przemianą materyi w mięśniu, pracującym w anoksybiozie, t. j. w atmosferze czystego wodoru lub azotu, a względnie po wstrzymaniu w mięśniu wszelkich spraw oksydacyjnych przez dodanie do jego środowiska sinku potasu w odpowiedniej ilości. W takich warunkach kurczący się mięsień wytwarza, jak to wykazał Fletcher[30]), bardzo mało kwasu węglowego. Wskazuje to, że nie same tylko oksydacye mogą być źródłem energii pracującego mięśnia, ale że takiem źródłem mogą być także toczące się w mięśniu sprawy rozkładowe. Weizsäcker[31]) wysnuwa ze swoich badań myotermicznych nawet tak daleko w tym kierunku idący wniosek, że sprawy oksydacyjne tylko towarzyszą mechanicznej pracy mięśnia, ale bliżej z nią się nie wiążą; autor ten oddziela również wywiązywanie się ciepła w pracującym mięśniu od toczących się w nim spraw oksydacyjnych i twierdzi, idąc za poglądem Hermanna[32]), że utlenianie w mięśniu ma tylko znaczenie dla jego restytucyi. Mięsień bowiem, znużony aż do zupełnej utraty sprawności czy to w przystępie tlenu, czy też w anoksybiozie, znów się ożywia i odzyskuje sprawność po doprowadzeniu doń tlenu (Kronecker[33]), Joteyko[34]), Fletcher i Hopkins)[35]).

Pracujący mięsień wytwarza, jak wiadomo, obok kwasu węglowego, kwas mleczny mięsny. Pochodzenie tego kwasu w mięśniu nie jest jeszcze zupełnie pewne. Do niedawna przeważna część fizyologów uważała, że pochodzi on z białka, w ostatnich zaś czasach niektórzy badacze dochodzą do przekonania, że jest on pośrednią pochodną węglowodanów, (Embden[36]), Parnas i Wagner[37]), Wacker)[38]).

Embden sądzi, że może właśnie kwas mleczny, w którym jest jeszcze dużo energii chemicznej, jest źródłem mechanicznej energii mięśnia; Weizsäcker[39]) przypuszcza to samo. Parnas i Wagner[40]) stwierdzili, że mięsień, który, drażniony w anoksybiozie aż do znużenia, traci tyle węglowodanów, wiele odpowiada kwasowi mlecznemu, jaki wytwarza, w pewnych warunkach wytwarza znaczną ilość kwasu mlecznego, nie tracąc odpowiedniej ilości węglowodanów; stąd wnoszą, że kwas mleczny powstaje w mięśniu z jakiejś substancyi, która, jak przypuszczają, jest pochodną węglowodanów i wykazują, że substancya ta nie jest ani glikogenem, ani cukrem gronowym, ani triozą, ani też żadnym polisacharydem. (Parnas)[41]). Według Parnasa[42]) w skurczu mięśnia toczą się prawdopodobnie dwie odrębne sprawy, z których jedna, bez udziału tlenu, wiedzie do powstawania kwasu mlecznego, a druga, z udziałem tlenu, wiedzie do oksydacyi, wywiązywania się ciepła, powstawania kwasu węglowego, a znikania kwasu mlecznego. Na podstawie badań kalorymetrycznych dochodzi Parnas do wniosku, że źródłem energii pracującego mięśnia są sprawy, które się toczą w mięśniu spoczywającym, oraz że w stanie czynnym mięśnia tylko połowa energii pochodzącej z oksydacyi uwalnia się w postaci ciepła, że zaś druga połowa tej energii służy do przywrócenia pierwotnego stanu tkanki i że ta nagromadzona w mięśniu potencyalna jego energia po właściwem pobudzeniu mięśnia przy skurczu zeń się wyzwala.

Podobny pogląd w tej sprawie wyraża Wacker[43]). W rozkładzie węglowodanów przy pracy mięśnia odróżnia on dwa okresy. W pierwszym, w którym glikogen, zawarty we włóknie mięsnem, anoksybiotycznie się rozkłada, a powstały przy tem kwas mleczny zobojętnia się przez węglan sodu. mięsień wykonywa pracę mechaniczną; przy tym hidrolitycznym, fermentacyjnym rozkładzie glikogenu, który sam, jako koloid, żadnego ciśnienia osmotycznego nie sprowadza. powstaje dużo drobin o własnościach krystaloidów, które zwiększają ciśnienie osmotyczne we włóknie mięsnem,

---

[29]) Cohnheim O. Zeitschr. f. physiol. Chemie T. 39. Ref. w Now. lek. 1904.

[30]) Fletcher. Cyt. wedł. Parnasa Centr. f. Physiol. 1915.

[31]) Weizsäcker l. c.

[32]) Hermann. Cyt. wedł. Weizsäckera.

[33]) Kronecker. Cyt. wedł. Chłapowskiego. Chłapowski F. Now. lek. 1907.

[34]) Joteyko J. La fatigue et la respiration élementaire du muscle. Paris 1896. Cyt. wedł. Verworna. — Fatigue. Dictionnaire de physiologie Richeta. Cyt. wedł. Chłapowskiego.

[35]) Fletcher i Hopkins. Journ. of Physiol. T. 35. Cyt. wedł. Parnasa.

[36]) Embden G., Kalberlah F. u. Engel H. Biochem. Zeitschr. T. 45. Cyt. wedł. Fürtha.

[37]) Parnas J. u. Wagner R. Biochem. Zeitschr. 1914.

[38]) Wacker l. c.

[39]) Weizsäcker l. c.

[40]) Parnas u. Wagner l. c.

[41]) Parnas l. c.

[42]) Parnas J. Naturw. med. Verein in Strassburg 23. I. 1914. Münch. med. Woch. 1914.

[43]) Wacker l. c.

wskutek czego przechodzi doń woda. W okresie drugim mleczan sodu spala się, zapewne w warunkach naturalnych we krwi, przyczem zawarty we krwi lipochrom, t. zw. luteina, odgrywa rolę przenośnika tlenu; wówczas wyzwala się ciepło.

Według Wackera[44]) źródłem energii pracującego mięśnia obok rozkładu glikogenu może być także w pewnej części uwalnianie się bezwodnika kwasu węglowego z węglanu sodu, zachodzące przy zobojętnianiu kwasu mlecznego. Nadto Wacker uważa za rzecz możliwą, iż u ludzi w pracy fizycznej wyćwiczonych, u których czynność wątroby, polegająca na wytwarzaniu glikogenu z dochodzącego do niej przy pracy mięśni kwasu mlecznego przez przystosowanie się odpowiednio się wzmogła, i ciepło może się zamienić na pracę. Mianowicie Wacker sądzi, że, skoro powstawanie kwasu mlecznego z glikogenu i cukru gronowego jest sprawą enzymową, odwracalną, a takie sprawy podlegają prawu masy, to jeśli przy pracy mięśni wejdzie do krwi dużo mleczanu sodu, to może z niego powstać znowu cukier gronowy i glikogen, co jest sprawą endotermalną, a zatem związane przy tem ciepło przy ponownym rozkładzie glikogenu mogłoby tu przechodzić w pracę mechaniczną.

Przeciwko poglądowi, że w pracującym mięśniu węglowodany rozkładają się w dwu okresach, mianowicie w jednym anoksybiotycznym i drugim oksybiotycznym, podnosi Verworn[45]), że pogląd ten opiera się na badaniach, dokonanych na zwierzętach zimnokrwistych, które w tym względzie dla ustrojów ciepłokrwistych nie mogą być miarodajne, a nadto, że ilość energii, jaka się wyzwala przy rozkładzie węglowodanów bez przystępu tlenu, jest tak mała w porównaniu z ilością energii, wyzwalającej się przy ich spalaniu, że rozkłady anoksybiotyczne żadną miarą nie mogą dostarczyć pracującemu mięśniowi dostatecznej ilości energii; uważa on przeto za główne źródło energii, wydawanej przez kurczący się mięsień, zgodnie z poglądem dawniejszym, sprawy oksydacyjne w mięśniu.

Jak to już wyżej zaznaczyłem, jednym ze stałych wytworów chemicznych pracującego mięśnia jest kwas mleczny, który mięsień wytwarza, pracując zarówno w przystępie, jakoteż i bez przystępu, czy dowozu tlenu. Jakkolwiek ani bliższych szczegółów powstawania tego kwasu w mięśniu, ani też jego znaczenia jako źródła energii dla pracującego mięśnia jeszcze należycie nie wyświetlono, pewną jest rzeczą, że gromadzenie się w pracującym mięśniu kwasu mlecznego wiąże się ze znużeniem mięśnia. Pod wpływem bowiem produktów kwaśnych zachodzą w plazmie mięśnia zjawiska polimeryzacyi, kondensacyi, czy też początkowego skrzepnięcia, które upośledzają zdolność mięśnia wyzwalania energii,

Jeśli uwzględnić, że dla spraw oksydacyjnych w mięśniu ma wielkie znaczenie alkaliczność danego środowiska, w którem, jak to już wyżej zaznaczyłem, cząsteczki, nabite elektrycznie ujemnie, wzajemnie się odpychają, to wynika stąd, że wskutek nagromadzenia się w tem środowisku jonów dodatnich, jako to jonów H, przy gromadzeniu się w mięśniu niezupełnie utlenionych kwaśnych produktów jego przemiany materyi i zmniejszeniu alkaliczności danego środowiska, odpychanie się cząstek słabnie, cząstki łączą się ze sobą na większe, mniej poruszające się i trudniej rozpuszczające się kompleksy drobin, przez co wszelkie sprawy życiowe, a zatem i czynności danej tkanki słabną, a względnie po przekroczeniu granicy odwracalności rzeczonego zjawiska, na zawsze zupełnie ustają.

Według Jacobiego[46]) w znużeniu mięśnia wielką rolę odgrywa jego ukrwienie, ze względu na doprowadzanie ze krwią tlenu i usuwanie kwasu węglowego. Zdaniem Jacobiego, przy niezupełnem spalaniu w mięśniu wytwarzają się produkty o wielkiej drobinie, a wskutek powstałej stąd hipertonii wchodzi do mięśnia woda, która nie daje energii. Gdy zaś kwas węglowy i woda nie są z mięśnia należycie usuwane, porażają one naczynia i sprowadzają przez to zwolnienie krążenia w mięśniu, a wówczas gromadzą się w mięśniu w jeszcze większej ilości kwaśne produkty jego przemiany materyi, które jeszcze silniej porażają naczynia, a przez to pogarszają się jeszcze bardziej warunki potrzebne do wyzwolenia energii mięśnia[47]).

W natężonej pracy fizycznej kwas mleczny, wytworzony w mięśniach, przechodzi w znacznej ilości do krwi. Badania Lichtwitza[48]) wskazują, że zjawisku temu niezawsze towarzyszy zmniejszenie się ilości cukru we krwi. Ze krwi kwas mleczny przechodzi do moczu, przez co głównie jego kwaśność w tych warunkach się zwiększa. Przytem obok kwasu mlecznego występują tu powstałe przy pracy mięśni kreatyna, kreatynina, ciała purynowe, t. j. kwas moczowy, ksantyna i hipoksantyna, oraz inozyna i kwas inozynowy. Ilość azotu w moczu wogóle się zwiększa, ilość zaś azotu, wydalonego w postaci mocznika zmniejsza się (Jackson)[49]). Nadto zwiększa się w moczu ilość fosforanów i siarczanów. Fakty te wskazują, że w natężonej pracy fizycznej zachodzi wybitna, jakkolwiek zapewne tylko ilościowa zmiana w przemianie materyi białkowej mięśni, której produkty przechodzą przez krew do moczu. To też w znużeniu fizycznem toksyczność krwi się zwiększa (Mosso, Roger[50]), Abelous)[51]), a zatem w stanie tym obok zmian, zachodzących w znużonych narządach czy tkankach, powstaje ogólne zatrucie ustroju produktami wzmożonej ich czynności, czyli samozatrucie ustroju. Że zaś ustrój chroni się od tego zatrucia między innemi także i przez wydalanie gromadzących się we krwi jadów z moczu, toksyczność moczu w znużeniu fizycznem zwiększa się. Astolfani i Soprana[52]), którzy badali działanie fizyologiczne moczu osób fizycznie znużonych znaleźli, że mocz osób w miernym tylko stopniu znużonych

[44]) Wacker l. c.

[45]) Verworn. l. c.

[46]) Jacobi C. Münch. med. Woch. 1915.

[47]) Że zdolność mięśnia do pracy, a względnie jego znużenie, zależą także od obecności pewnych soli, mianowicie chlorków, wskazują badania Overtona*). W badaniach tych mięsień, umieszczony w izotonicznym ze krwią rozczynie cukru, wskutek egzosmozy zeń chlorków tracił po pewnym czasie zdolność kurczenia się; zdolność tę odzyskiwał mięsień po dodaniu do rozczynu cukru małej ilości chlorku sodu.

*) Overton E. Pflügers Arch. T. 92. Ref. w Now. lek 1907.

[48]) Lichtwitz L. Berl. klin. Woch. 1914. Ref. w Münch. med. Woch. 1914.

[49]) Jackson. Arch. ital. de biol. 1901. Ref. w Journ. de physiol. et de path. gén. 1902.

[50]) Mosso, Roger cyt. wedł. Marfana. Marfan A. B. w Boucharda: Traité de pathologie générale T. I. 1895.

[51]) Abelous, Soc. de biol. 1894. Congrès de Rome 1894. Cyt. wedł. Marfana.

[52]) Astolfani et Soprana. Arch. ital. de biol. 1904. Ref. w Journ. de physiol. et de path. gen. 1904.

sprowadza u zwierząt zwężenie źrenicy i drgawki, mocz zaś osób, długim marszem wielce utrudzonych, działa nadto antydiuretycznie. Czem właściwie są owe jady, zatruwające ustrój w znużeniu fizycznem, dotychczas niewiadomo. Opierając się na analizie Liebiga[53]), który w mięśniach uszczutego lisa znalazł dwa razy więcej kreatyny, niż w mięśniach lisa zabitego w pracowni, przez długi czas uważano za właściwy jad, działający w znużeniu fizycznem, kreatynę. Abelous[54]) znalazł, że wyciąg wyskokowy z nadnerczy znosi wzmożoną jadowitość krwi, surowicy krwi i wyciągów z mięśni zwierząt fizycznie znużonych i wyciągnął stąd wniosek, że w znużeniu fizycznem wytwarza się w ustroju jad, prawdopodobnie niszczony przez czynność nadnerczy.

Wielokrotnie stwierdzony fakt, że znużony mięsień odzyskuje swą sprawność po doprowadzeniu doń tlenu, wskazuje, że w spoczynku mięśnia po pracy ważną rolę muszą odgrywać sprawy oksydacyjne i że nagromadzone przy pracy w mięśniu i szkodliwie nań działające produkty jego przemiany materyi utleniają się. Może się to tyczyć zarówno niezupełnie spalonych pochodnych węglowodanów, jak również i pochodnych białka. Że zaś takie związki gromadzą się w znużonym ustroju nietylko w jego mięśniach, ale i we krwi, należy przypuszczać, że w spoczynku po pracy fizycznej sprawy oksydacyjne w całym ustroju przyczyniają się do przywrócenia mu pierwotnej jego sprawności przez spalenie niedotlenionych produktów przemiany materyi, działających na ustrój toksycznie.

Jakkolwiek nie możemy powiedzieć nic pewnego o naturze chemicznej tych toksyn, które obok kwasu mlecznego znużony ustrój zatruwają, to jednak w eksperymentach Weichardta[55]) znajdujemy pewną wskazówkę, że toksyny te są zbliżone do ciał białkowych, a względnie fermentów, skoro wprowadzone do ustroju parenteralnie, wywołują w nim odczyn taki, jaki tylko rzeczone ciała w ustroju sprowadzają. Weichardt otrzymał mianowicie z dializatu cieczy, wyciśniętej z mięśni zwierząt znużonych, substancyę, która u zwierząt prawidłowych sprowadzała objawy znużenia. Jad ten nazwał Weichardt[56]) kenotoksyną. Przez wstrzykiwanie tego jadu do krwi koniom mógł je nań uodpornić, a w eksperymencie fizyologicznym stwierdził, że we krwi uodpornionych zwierząt jest antytoksyna na rzeczony jad, którą nazwał antykenotoksyną. Zastosowanie antykenotoksyny u zwierząt sprawia, że znużenie przy pracy powstaje później i mija szybciej, niż zwyczajnie, innemi słowy antykenotoksyna ma chronić od znużenia, jak to jeszcze w ostatnich czasach podnosi v. Holst[57]), a tem samem zwiększać zdolność do pracy. Zdolność do pracy fizycznej ma według Weichardta zwiększać także zastosowanie kenotoksyny w bardzo małej dawce. Weichardt otrzymał ciało, działające zupełnie tak samo jak kenotoksyna i zobojętniane przez antykenotoksynę, także i poza ustrojem przez rozkład białka. Ciało to po ogrzaniu miało przechodzić w antykenotoksynę, którą otrzymał Weichardt poza ustrojem także i przez działanie koloidalnego palladu na białko. Weichardt[58]) sprowadza działanie antykenotoksyny w ustroju do wspierania spraw oksydacyjnych.

Z powyższego przedstawienia rzeczy widać, że jakkolwiek wielu zasadniczych spraw, związanych z czynnością mięśni, jeszcze dokładnie nie znamy, z całokształtu badań nad znużeniem mięśni wolno nam wnosić, że w sprawie tej największe ma znaczenie niedostateczny dowóz tlenu do pracujących mięśni. W tych bowiem warunkach, jak to odpowiednie eksperymenty bezpośrednio wskazują, przebieg pobudzenia mięśnia się zwalnia, poszczególne jego skurcze słabną, ilość energii, wydanej w jednostce czasu, zmniejsza się. Przytem w mięśniu wytwarzają się związki trujące; utlenienie czyni te wytwory nieszkodliwymi, a równocześnie znużonym mięśniom przywraca sprawność. Czy ponadto w znużeniu fizycznem zachodzi także wyczerpanie, t. j. zupełne zużycie materyału czynnościowego, przyczem ustają te sprawy chemiczne, przy których wyzwala się mechaniczna energia mięśni, jest rzeczą wielce wątpliwą, w tkance mięśnia jest bowiem wielki zapas energii potencyalnej.

(Dokończenie nastąpi).

[53]) Liebig. Cyt. wedł. Marfana.
[54]) Abelous. l. c.
[55]) Weihardt W. Münch. med. Woch. 1904, 1905.—Serologische Studien auf dem Gebiete der exper. Therapie. Stuttgart 1906. — Centr. f. Bacter. 1907.
[56]) Weichardt l. c.
[57]) v. Holst W. Ref. w Deutsche med. Woch. 1914.
[58]) Weichardt l. c.

Nowy sposób przeszczepiania skóry zamiast reamputacyi przy wystającym kikucie kostnym po t. zw. linijnej amputacyi uda

podał

Radca dworu Prof. Dr Ludwik Rydygier

t. c. chirurg naczelny c. i k. szpitala wojennego w Bernie.

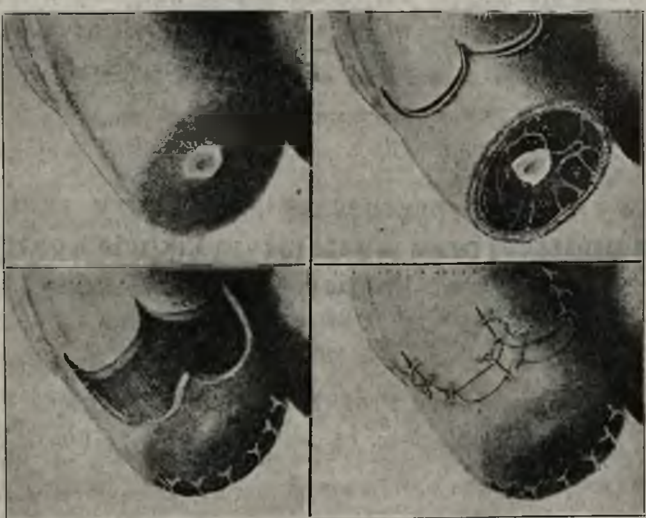
W czasie obecnej wojny stosuje się znowu częściej stare jednoczasowe cięcie okrężne (używane kiedyindziej już tylko wyjątkowo i do specyalnych celów), pod nazwą amputacyi linijnej, zwłaszcza w przypadkach ropowic gazowych i ciężkich zakażeń ropnych na udzie. Po takiej amputacyi powstają oczywiście mniej lub więcej wystające kikuty kostne. W niektórych przypadkach można kikut doprowadzić do wygojenia zapomocą naciągania części miękkich plastrami, najczęściej jednak konieczna bywa reamputacya. Reamputacya napewno wprawdzie, jak słusznie podnosi Kümmel, nie jest niebezpieczna, jednakże musi się przy niej bądźcobądź poświęcić 6 do 9 ctm. z kikuta kostnego, a blizna poamputacyjna przebiega potem przez środek tej powierzchni, na której się udo wspiera. W pierwszem półroczu działalności mojej w tutejszym szpitalu wykonałem osiem reamputacyi (na ogólną liczbę 4175 rannych), częścią po amputacyach, dokonanych w naszym szpitalu, częścią u chorych, operowanych gdzieindziej. W ostatnich czasach wolę posługiwać się cięciem płatowem, i to przeważnie metodą przekłuwania, przyczem operuje się o wiele gładziej i szybciej. Wprawdzie przytem trzeba odrazu poświęcić więcej kości, niż przy prostem jednoczasowem cięciu okrężnem, w każdym jednak razie mniej, niżby trzeba było odciąć przy późniejszej reamputacyi (po cięciu okrężnem), gdy już części miękkie się skurczyły.

Ażeby uniknąć skrócenia kikuta, które następuje przez

reamputacyę, wykonywano już oddawna rozmaite przeszczepiania skóry.

W dwóch ostatnich moich przypadkach obrałem dla pokrycia wystającego kikuta kostnego sposób, opisany poniżej; nie wiem, czy tego sposobu nie użył już dawniej kto inny, ponieważ obecnie niepodobna sprawdzić tego w piśmiennictwie. Sposób ten w obu przypadkach dał wyniki bardzo dobre, to też zalecałbym go gorąco.

Naprzód okrawa się bliznę w zdrowym brzegu skórnym i wycina się ją zupełnie, oczywiście także na kości, jeśli ją już obrosła. Jeżeli na odpiłowanym końcu kości znajdują się wystające wyrośle kostne lub ostre wyskoki, to odcina się je nożycami kostnemi Listona; można odciąć nawet cały krążek kości, jeśli koniec jej zanadto wystaje, nie oddzielając kości od stożka części miękkich. Następnie wykrawa się z przedniej powierzchni uda mostkowaty płat szerokości 12 do 15 ctm. w ten sposób, jak widać na dołączonej rycinie. W pierwszym z moich przypadków



utworzyłem poprostu szeroki poprzeczny płat skórny, który oddzieliłem od powięzi częścią nożem, częścią na tępo i zesunąłem ku dołowi poprzecznie przed kość. Pokązało się jednak przytem, jak słusznie zauważył asystujący mi kol. Ostrowski, że wystający kikut kostny byłby lepiej pokryty, jeżeliby się wykroiło płat w środku szerszy i kończysty, co daje jeszcze tę korzyść, że ranę, powstającą w górze po przesunięciu płata, zmniejszyłby szew łatwiej i wydatniej. Ażeby uniknąć wytworzenia się fałdu po obu stronach przy dolnym brzegu przesuniętego płata, nadałem cięciom po obu stronach kierunek wstępujący, tak, że całe cięcie przybrało postać poniekąd falistą. Prowadzi się przeto przez środek wewnętrznej lub zewnętrznej powierzchni uda cięcie około 4 ctm. długości pionowo ku dołowi, stąd zawraca się ku przodowi, następnie łukiem, lekko ku dołowi wypukłym, zdąża się w górę ku środkowi przedniej powierzchni uda; druga połowa cięcia przebiega podobnie do pierwszej, łukiem, lekko ku dołowi wypukłym, od środka przedniej powierzchni uda do środka powierzchni zewnętrznej, względnie wewnętrznej, biegnąc w końcu znowu pionowo w górę na przestrzeni około 4 ctm. Tak wykrojony płat daje się z łatwością oddzielić od powięzi i przesunąć w dół poprzecznie przed kikut kostny. Dolny (tylny) brzeg płatu zeszywa się z tylnym brzegiem skórnym odświeżonej poprzednio rany, wkładając sączki w obu końcach i w środku. Rana, powstająca ponad przesuniętym płatem, daje się w przeważnej części zmniejszyć zapomocą odpowiednich szwów, które zaczynamy od górnego kąta; resztę rany pokrywa się płatkami Thiersch'owskimi, wyciętymi z drugiego uda.

W obu moich przypadkach, operowanych tym sposobem, osiągnąłem doskonałe przykrycie zdrową skórą nietylko kikuta kostnego, ale także całej dolnej powierzchni kikuta, na której on się ma wspierać. Blizny przebiegają z przodu i z tyłu poza obrębem tej powierzchni. Następowem miesieniem, ćwiczeniami i t. p. przygotowuje się kikut do bezpośredniego obciążenia.

Doświadczenia z chirurgii wojennej 1914/15.

Podał

Doc. Dr Z. Radliński (Kraków).

Chirurgia nerwów obwodowych

Urazy postrzałowe pni nerwowych mogą być trojakiego rodzaju: stłuczenie, przerwanie zupełne lub częściowe i ucisk. Najlżejszą postacią jest stłuczenie, najpoważniejszą — przerwanie. Przy stłuczeniu i przerwaniu objawy występują natychmiast po urazie, przy ucisku, wywołanym zwykle rozrostem blizny lub kostniny w bezpośredniem sąsiedztwie, objawy przychodzą później i stopniowo narastają. Następstwa stłuczenia mogą ustąpić same przez się, względnie przy współdziałaniu odpowiedniego leczenia (miesienie, elektryzacya); następstwa przerwania i ucisku bez pomocy operacyjnej nie znikają, ale pozostają na stałe. Odróżnienie w pierwszych okresach po urazie stłuczenia od przerwania jest przeważnie niemożliwe, ponieważ oba wywołują zupełne porażenie czynności nerwu. Dopiero później, po 4—6 tygodniach, o ile objawy nie słabną, należy przyjąć przerwanie. W późnych znów okresach trudno bywa odróżnić przerwanie od ucisku, ponieważ w obu przypadkach istnieje zupełne porażenie. Sprawę mogą wyjaśnić wywiady, ponieważ w razie ucisku może w pierwszym okresie po urazie nie być objawów porażenia, a dopiero pojawiają się i narastają one stopniowo. w miarę wzmagania się ucisku. Rozpoznanie szczegółowe niema tu znaczenia praktycznego, ponieważ zarówno ucisk, jak przerwanie, w późnych okresach stwierdzone — stanowią wskazanie do operacyi.

Z powyższego widać, że wskazania do operacyi na pniach nerwowych występują na ogół późno, nie zaraz po urazie. Należy naprzód wyczekać, czy objawy porażenia nie zaczną się cofać (— stłuczenie —), oraz doczekać się okresu, kiedy rana jest już zupełnie zagojona i teren operacyjny zupełnie jałowy, ropienie bowiem, powstałe w ranie operacyjnej przez niezupełną jałowość pola operacyjnego, wystawia na niebezpieczeństwo szew nerwu, a zwłaszcza różne tu stosowane owijania w tkanki miejsca szwu, oraz wywołać może ponowny ucisk przez obfitą po ropieniu tkankę bliznowatą. Jak trudno bywa wybrać chwilę odpowiednią, poucza jeden z moich przypadków, w którym przystąpiłem do operacyi w 3 miesiące po urazie. Było to po-

strzałowe złamanie ramienia w środku jego długości z porażeniem nerwu promieniowego. Złamanie zrosło się było zupełnie dobrze, miejsce złamania niebolesne, ciepłota przez czas dłuższy zupełnie prawidłowa. Objawy porażenia nerwu promieniowego w odcinku poniżej rany istniały w całej pełni. Operacya wykazała zupełne przerwanie nerwu ze znacznym rozstępem przerwanych końców. W celu zbliżenia końców wypadło usunąć dłutem nieco wybujałej kostniny i wtedy okazało się, że kostnina zawierała ogniska tkanki ziarninowej z zamkniętymi w nich drobnymi martwakami kostnymi. Zakażenie pozostawało tu w stanie uśpionym, utajonym, gotowe znów wybuchnąć w chwili odpowiedniej, pod wpływem jakiegoś urazu. Uraz ten dała operacya. Rana operacyjna uległa ropieniu i wynik, — i bez tego po operacyach na nerwach niepewny, — jeszcze bardziej został zagrożony.

Przypadki tego rodzaju przemawiają za późnem ile możności operowaniem porażeń urazowych, można się bowiem spodziewać, że uśpione zakażenie po dłuższym czasie wygaśnie zupełnie. Terminu podać tu nie można, nie powinienby on jednak wynosić mniej, niż pół roku. Odnosi się to zwłaszcza do takich przypadków, w których uszkodzenie nerwu towarzyszy złamaniu kości. Nadzieje powodzenia operacyi późnej nie są na ogół gorsze, niż wcześniejszej, o ile tylko przez odpowiednie postępowanie (miesienie, ruchy bierne) utrzymuje się w odpowiednim stanie mięśnie i stawy porażonego odcinka, zapobiegając zanikowi jednych, zesztywnieniu drugich. Przecież w żadnym przypadku szwu nerwu, choćby najświeższym, bezpośrednio po zranieniu nie następuje zrost końców nerwu i w ten sposób powrót czynności. Odcinek obwodowy zawsze wyrodnieje, a powrót czynności następuje przez wrastanie do odcinka obwodowego włókien z końca dośrodkowego, które stopniowo rosną coraz dalej ku obwodowi. Z tego przecież powodu tem lepsze i szybsze są wyniki szwu nerwu, im bliżej ku obwodowi leży miejsce szwu.

Za wcześniejszem operowaniem przemawiałby stan obwodowego odcinka nerwu oraz stan mięśni. W odcinku obwodowym, mającym stanowić drogowskaz dla wrastania włókien, stopniowo rozwija się po zwyrodnieniu bliznowata tkanka łączna, w obrębie której rozrost młodych nowych włókien staje się coraz trudniejszy. Zwyrodnienie takie posuwa się od miejsca zranienia ku obwodowi, posuwa się jednak tak powoli, że operując po 6 a nawet 9 i więcej miesiącach, łatwo i niedaleko zwykle znajdujemy w odcinku obwodowym przekrój nerwu, który swej budowy anatomicznej — wyraźnie pęczkowej — jeszcze nie utracił. Co do zwyrodnienia mięśni i ich zdolności powrotu do prawidłowej kurczliwości, to powyżej podany termin (do roku) również nie jest jeszcze niepomyślny, jak to już stwierdzono w czasach pokojowych.

Na ogół nie można jeszcze teraz oceniać ostatecznie wyników zabiegów operacyjnych na pniach nerwowych, wykonanych podczas obecnej wojny. Wyniki te dają na siebie czekać niekiedy bardzo długo, zazwyczaj powyżej pół roku i zawieść może zarówno przypadek operowany wcześnie i w pozornie pomyślnych warunkach, jak odwrotnie, przypadek spóźniony i gorszy może jeszcze dać w końcu wynik pomyślny. Ile możności wcześnie należy natomiast operować przypadki ucisku na nerw, który się zjawia stępowo i stopniowo. Wczesnem ile możności operowaniem uwalniamy chorego od nieznośnych często bolów (przy nerwach czuciowych i mieszanych) i zapobiegamy zwyrodnieniu nerwów ruchowych, przez co wynik operacyi występuje tu szybciej i wybitniej, niż przy szwie nerwu.

Aby po uwolnieniu nerwu z tkanek uciskających zapobiedz ponownemu jego uciśnięciu, należy stworzyć dla nerwu dogodne, miękkie i możliwie odporne łożysko w postaci rury. Z metod podawanych w celu tej t. zw. tubulizacyi, (wszczepianie płatków mięśniowych uszypułowanych lub wolnych z otoczenia, wolnych płatków tłuszczu, wolnych płatów powięzi szerokiej, odpowiednio przygotowanego worka przepuklinowego, tętnic cielęcych i in.), stosowałem prawie stale wolne przeszczepianie powięzi szerokiej, na której powierzchni pozostawiałem warstwę tłuszczu podskórnego, i, tą warstwą ku wewnątrz, układałem płaty dookoła nerwu, poczem paru szwami z cienkiego katgutu zamieniałem płat w rurkę, otaczającą nerw.

Rozpoznanie uszkodzenia pni nerwowych jest stosunkowo łatwe. Powyżej zaznaczyłem, że rozpoznanie, jakiego rodzaju jest uszkodzenie, bywa niekiedy trudne, ale też nie ma znaczenia praktycznego przy określaniu wskazań operacyjnych. Wskazania te występują, jeżeli objawy porażenia, pomimo starannego leczenia zachowawczego po kilku — średnio sześciu — tygodniach nie mają skłonności do poprawy, do cofania się. Wtedy, — o ile inne uboczne warunki rany (ropienie części miękkich lub kostne) nie zmuszają do dalszego czekania, — zachodzi wskazanie odsłonięcia nerwu na miejscu uszkodzenia. Co na miejscu uszkodzenia znajdziemy, nie ma znaczenia, gdyż tylko stłuczenie nie wymaga zabiegu operacyjnego, a ono właśnie cofa się w pierwszych już tygodniach; poza tem zarówno zupełne i częściowe przerwanie nerwu, jak uciśnięcie nerwu tkanką bliznowatą lub kostną — mogą być usunięte tylko na drodze operacyjnej.

Rozpoznanie wysokości uszkodzenia jest przy ranach postrzałowych przeważnie bardzo łatwe, położenie rany daje tu wskazówkę wystarczającą. Przy ranach pni, które są dostępne badaniu dotykiem — (nerwy ramienia w rowku wewnętrznym ramienia, nerw łokciowy po za kłykciem wewnętrznym ramienia, nerw strzałkowy po za główką kości strzałkowej) — często wyczuwa się na miejscu zranienia charakterystyczne zgrubienie wrzecionowate, tak zwany nerwiak urazowy, do którego wrócimy później. Tu podnoszę, że obecność takiego zgrubienia daje bezwarunkowo wskazanie do zabiegu operacyjnego. Położenie i rozległość dziedziny porażenia daje dokładne wskazówki co do tego, który pień nerwowy uległ uszkodzeniu. Występujące porażenia są tak charakterystyczne, że wystarcza zwykła znajomość anatomii, aby dojść do dokładnego rozpoznania. Najważniejsze jest badanie czynności ruchowej, i to badanie funkcyonalne, przez żądanie od chorego wykonania ruchów, typowych dla danego nerwu, względnie grupy mięśni. — Badanie elektrodyagnostyczne nie zdoła dać wyników dokładniejszych, niż uważne badanie czynnościowe, a raczej do ustalenia wskazań operacyjnych nie są potrzebne wskazówki dokładniejsze, niż te, które otrzymujemy, badając czynność. Pomocniczym czynnikiem rozpoznawczym jest badanie czucia w dziedzinie nerwów mieszanych. Stwierdzenie porażenia czucia w dziedzinie nerwów wyłącznie czuciowych na ra-

mieniu lub udzie, przy uszkodzeniu tych nerwów niema praktycznego znaczenia, ponieważ wyłączne uszkodzenie tych nerwów samo przez się nie daje wskazania do operacyi. Nerwy te są zbyt drobne, odszukanie ich jest technicznie trudne, porażenie nie ma większej doniosłości dla chorego, a przytem po pewnym dłuższym czasie zwykle się zmniejsza przez czynność zastępczą sąsiedniej sieci nerwowej.

Taksamo małe znaczenie praktyczne ma uszkodzenie drobnych nerwów ruchowych lub mieszanych na kończynach, a więc na dolnej połowie przedramienia i goleni. Aczkolwiek szew nerwów, tak daleko ku obwodowi położonych, obiecywać może szybszy od innych wynik, to jednak trudności wyszukania tych gałęzi, zwłaszcza w tkankach zmienionych bliznowato, są tak znaczne, że pozbawiają takie usiłowania doniosłości praktycznej.

Przechodzę teraz do techniki zabiegów operacyjnych na nerwach. Zależnie od spotkanych po odsłonięciu nerwu warunków wypadnie wykonać albo uwolnienie nerwu z ucisku (neurolysis), albo szew nerwu zupełny lub częściowy, albo wreszcie wszczepienie nerwu

Co do wszczepiania nerwów nie mam doświadczenia osobistego. Wykonuje się je w tych przypadkach, gdzie wskutek znacznego zniszczenia pnia nie udaje się zbliżyć jego końców dla szwu, a bywa wykonywane bardzo rozmaicie; sposobów tych teoretycznie tu opisywać i rozważać nie zamierzam. Nie chciałbym jednak pominąć milczeniem nowej drogi, podanej w tej dziedzinie przez Borcharda i Hofmeistra, nazwanej przez nich wszczepianiem podwójnem, — a to dlatego, że w przeciwieństwie do mizernych wyników innych sposobów wszczepiania droga ta daje, o ile się zdaje, wyniki niespodziewanie dobre. Sposób ten polega na tem, że tam, gdzie znajduje się duży ubytek nerwu, wszczepia się oba jego końce do sąsiedniego równoległego nerwu, zrobiwszy w nim zlekka skośne (Borchard) lub ściśle podłużne (Hofmeister) nacięcia. Ponieważ długość uzyskanej w ten sposób ze zdrowego nerwu wstawki niema dla wyniku znaczenia, sposób ten daje się zastosować w bardzo licznych kombinacyach anatomicznych. Zachęcony opisanemi przez Hofmeistra powodzeniami zamierzam w najbliższym odpowiednim przypadku spróbować tej metody.

Uwolnienie nerwu (neurolysis). Drogę do nerwu torujemy sobie za pomocą cięcia, odpowiadającego kierunkiem i długością anatomicznemu położeniu nerwu w miejscu uszkodzonem. Jeżeli nerw leży bardzo powierzchownie i możemy się spodziewać, że wypadnie go otoczyć wszczepionym materyałem, staram się wytworzyć półkolisty płat skórny, pod który miejsce wszczepienia da się schować bez tego, aby linia szwu skóry leżała wprost na miejscu wszczepienia. Dotyczy to zwłaszcza nerwów promieniowego i łokciowego przy stawie łokciowym. Ostrożnie dochodzimy do pnia nerwowego powyżej i poniżej miejsca uszkodzonego i widzimy teraz, jak nerw wchodzi w zbitą tkankę bliznowatą lub kostną. Wypreparowanie nerwu wymaga wielkiej uwagi i ostrożności, aby go nie uszkodzić. Jeżeli jest tylko ucisk nerwu, to w odcinku pnia powyżej zaciśnięcia nie znajdujemy wspomnianego wyżej zgrubienia (t. zw. nerwiaka). Obecność zgrubienia przemawia z całą pewnością za tem, że znajdziemy conajmniej częściowe przerwanie nerwu w obrębie blizny.

Po wypreparowaniu nerwu z blizny widzimy, że otoczka jego jest bliznowato zmieniona, zgrubiała, a nerw sam w obrębie blizny ścieńczały. Należy teraz, po zwolnieniu nerwu z ucisku zewnętrznego, uwolnić go również z ucisku, jaki nań wywiera jego zbliznowaciała otoczka (perineurium externum). W tym celu robimy w otoczce parę (2—4) powierzchownych nacięć, dochodzących do warstwy, gdzie wyraźnie się już zaznacza włóknisto-pęczkowa budowa nerwu, a biegnących przez całą długość zmienionego odcinka otoczki.

Dla jeszcze dokładniejszego uwolnienia włókien nerwowych od spajających je zrostów w obrębie blizny stosuję podany przez Hofmeistra sposób nastrzykiwania nerwu. Jeżeli pod otoczkę nerwu wprowadzimy strzykawką o cienkiej igle płyn, to nerw prawidłowy pęcznieje i płyn stopniowo posuwa się coraz dalej, wypełniając otoczkę. Przytem ulegają rozluźnieniu sklejenia międzypęczkowe i nerw się »rozwłóknia«. Jeżeli wewnątrz nerwu istnieją zrosty zapalne (neuritis), to pęcznienie nerwu odbywa się trudniej, tłokiem strzykawki trzeba wywierać silniejszy nacisk, aby otrzymać ten sam wynik, jak na nerwie zdrowym, lub zdrowym odcinku tego samego nerwu. W obrębie zbliznowacenia otoczki zewnętrznej nastrzykiwanie nie udaje się zupełnie — nie widzimy, aby nerw pęczniał — i to jest wskazówką, że otoczkę zewnętrzną należy uruchomić, naciąć. Hofmeister stosuje do nastrzykiwania $^1/_2$% rozczyn nowokainy z dodatkiem suprareniny; ja nie uważałem za potrzebne używać rozczynu znieczulającego — (operacya w uśpieniu ogólnem, lub znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą) — stosowałem więc tylko obojętny fizyologiczny rozczyn soli kuchennej. Samą myśl Hofmeistra uważam jednak za udatną, zarówno pod względem rozpoznawczym co do stanu nerwu, jak i leczniczym.

Po uwolnieniu nerwu z ucisku zewnętrznego i usunięciu w sposób opisany ucisku wewnątrz otoczki, należy zabezpieczyć nerw od ponownego zaciśnięcia w bliźnie. Bez szczególnego uwzględnienia tej okoliczności łatwo może się zdarzyć, że ta sama blizna, z której nerw uwolniony został, oraz bliznowata okolica najbliższa znówby ucisnęła nerw, pozostawiony samemu sobie. Stosowałem w celu tej t. zw. tubulizacyi prawie zawsze wolne płaty tłuszczowo-powięziowe, już to biorąc je z najbliższego otoczenia z brzegu rany operacyjnej, już też z bocznej powierzchni uda (powięź szeroka z tłuszczem podskórnym). Płat taki, suto odmierzony, wprowadzam pod zagrożone miejsce nerwu, tłuszczem zwrócony ku nerwowi i paru szwami zamieniam go w luźną rurę. Niekiedy, tam, gdzie nerw przebiega powierzchownie, gdzie tłuszczu mało, powięź nikła, a natomiast w bezpośredniem sąsiedztwie są duże masy mięśniowe, wykrawałem płaski cienki płat z mięśnia, pozostawiając go jedną stroną w związku z mięśniem, i w płat ten owijałem nerw, znów paru szwami wytwarzając rurę lub kanał. W ten sposób postąpiłem 2 razy (n. łokciowy przy łokciu — z m. trójgłowego, n. strzałkowy przy główce kości strzałkowej — z m. łydkowego).

Ranę szyje się na głucho; pierwszorzędnym warunkiem powodzenia jest przebieg gojenia bez odczynu, to jest gojenie się doraźne.

Szew nerwów. Jeżeli nerw jest zupełnie lub częściowo przerwany, to w odcinku przyśrodkowym spotykamy zawsze typowe wrzecionowate twarde zgrubienie, wspominane już wyżej, tak zwany nerwiak urazowy. Powstaje on w ten sam sposób, jak powszechnie znane nerwiaki amputacyjne na końcach obciętych nerwów, przez bujanie włókien, szukających sobie drogi do rozrostu ku obwodowi i rozrost tkanki łącznej. Nie znajdując tej drogi, lub drogę tę mając zamkniętą, włókna skłębiają się i wytwarzają zgrubienie. »Nerwiak« jest tu zatem wyrazem dążności ustroju do naprawienia powstałej szkody, dążności, której warunki zewnętrzne nie pozwoliły szkody tej wyrównać. Z faktu, że po obcięciu takiego nerwiaka u górnej granicy, powstawać zwykł nowy nerwiak, czerpiemy podstawę do operacyi na przerwanych nerwach, usiłując tym razem dać bujającym włóknom warunki pomyślne do rozrostu ku obwodowi. Warunki te daje szew, zapomocą którego stawiamy odświeżony przez odcięcie nerwiaka przekrój odcinka dośrodkowego w bezpośrednie zetknięcie z odcinkiem obwodowym, odgrywającym w tym razie rolę drogowskazu dla rozrostu włókien dośrodkowych. Jest on drogowskazem tem lepszym,

im mniej zatracona została jego pęczkowo-włóknista budowa, oraz im bardziej nowe zestawienie powierzchni przekrojów podobne jest do stanu przed przerwaniem, to znaczy, im dokładniej ustawimy naprzeciwko siebie pęczki odpowiednie. Z powyższego wynika, że odcinek obwodowy, którego górny koniec jest również bliznowato zmieniony i niekiedy nawet okazuje bliznowate zgrubienie (Heile), musi być odcięty aż do tego miejsca, gdzie znów wyraźnie widać włóknistą budowę, a zdarza się to zwykle w odległości $^{1}/_{2}$—2 cm od końca. Obcinanie prowadzimy stopniowo, odcinając ostremi nożyczkami coraz dalej cienkie krążki nerwu, aż dostrzeżemy swoistą budowę.

Z powyższego wynika poza tem, że powinniśmy starać się przy ustawianiu przekrojów nerwu naprzeciwko siebie w celu szwu unikać obrotów nerwu, któreby ustawiały naprzeciwko siebie pęczki nieodpowiednie. Nie łudzimy się, aby to było możliwe z anatomiczną, a raczej histologiczną dokładnością, w każdym razie jednak dostrzegalnych skręceń lub przemieszczeń bocznych unikamy.

Po opisanem wyżej obcięciu końców nerwu, jeżeli ubytek jest znaczny, usiłujemy go zmniejszyć przez ostrożne pociąganie za końce, przez co udaje się niekiedy końce te nieco wydłużyć. Zbliżenie końców ułatwia również odpowiednie ustawienie kończyny, — forsowne wyprostowanie lub zgięcie, i w tem położeniu zakładamy szew. Niekiedy pomimo to, przy większych ubytkach nie udaje się zbliżyć końców i wtedy zachodzi potrzeba wszczepiań. — Osobiście ani razu do tego sposobu nie potrzebowałem się uciekać.

Sam szew zakładam zawsze z cienkiego katgutu (struny). Aby ile możności uniknąć kaleczenia włókien nerwowych igłą, wkłuwam igłę w otoczkę o 2—3 mm od przekroju i prowadzę ją tuż pod otoczką ku powierzchni przekroju na jednym końcu, a na drugim wkłuwam na przekroju tuż przy otoczce i wykłuwam, jak wkłucie na końcu poprzednim. Szwów takich, zależnie od grubości nerwu, trzeba założyć 3—6. Po zawiązaniu szwów powierzchnie przekrojów nerwu przylegają do siebie dokładnie.

Niekiedy zdarza się, że nerw przerwany jest tylko częściowo. Heile podaje, że znaczna większość uszkodzeń postrzałowych nerwów — 4/5 — przy uważnem preparowaniu okazuje się tylko uszkodzeniami częściowemi. Moje spostrzeżenia nie potwierdzają tak znacznej częstości uszkodzeń częściowych, w każdym razie jednak wykazują ich 1/4 (na 11—3). W razie uszkodzenia częściowego należy oczywiście unikać przerwania przy operacyi nerwu do reszty i usiłować zachować pęczki nieuszkodzone. Pęczki uszkodzone natomiast muszą być przygotowane do szwu, jak przy przerwaniu zupełnem. Po przygotowaniu do szwu nerw częściowo przerwany wygląda tak, jakby się składał z dwóch nerwów, zawartych w jednej otoczce. Jeden z nich jest nieuszkodzony i ma tylko na pewnej przestrzeni boczny ubytek otoczki, w drugim jest 1—2 centymetrowy ubytek o równych powierzchniach przekroju. Przy szwie musimy zbliżyć powierzchnie przekroju odcinka przerwanego szwami wyżej opisanego typu i wtedy część nieuszkodzona układa się z boku miejsca szwu w postaci pętli.

Zarówno szew częściowy, jak zupełny, należy zabezpieczyć w sposób, opisany wyżej, przez owinięcie w płat tłuszczowo-powięziowy lub mięśniowy.

Dotychczas operowałem 15 przypadków uszkodzeń pni nerwowych obwodowych. Uszkodzenie dotyczyło 5 razy nerwu kulszowego, 4 razy promieniowego, po 2 łokciowego, pośrodkowego i strzałkowego. Z tego uwolnienie nerwu wykonałem w 4 przypadkach (1 promieniowy, 3 kulszowe), a w 11 szew nerwu. Z tych ostatnich 3 były to szwy częściowe (n. pośrodkowy, łokciowy, strzałkowy).

Ponieważ z natury rzeczy przypadki, nadające się do szwu nerwów, pojawiać się zaczęły późno, w ostatnich miesiącach mej działalności, więc o ostatecznych wynikach dotychczas jeszcze niewiele można powiedzieć. W każdym razie z obu przypadków operowanych najdawniej — 1 n. pośrodkowy z grudnia 1914 i 1 n. promieniowy z czerwca 1915 — nastąpiło ku czasowi zamknięcia sprawozdania w jednym zupełne prawie wyleczenie, a w drugim tak znaczna i postępująca poprawa, że mogę je zaliczyć do pomyślnych. Co do reszty — dalsze spostrzeganie dopiero pozwoli wynik ocenić.

Nie mogę tu dość nacisku położyć na leczenie następowe. Od czasu zagojenia rany i mocnego zrostu miejsca szwu nerwu — około 3 tygodni po operacyi, — należy je prowadzić bardzo sumiennie i umiejętnie zapomocą miesienia, elektryzacyi oraz stałego utrzymywania ruchomości w stawach porażonych odcinków kończyny. Wskazana tu jest umiejętność i wytrwałość powiedziałbym w wyższym jeszcze stopniu, niż przy usiłowaniach leczenia zachowawczego przed operacyą. Powinniśmy pamiętać, że w leczeniu zachowawczem przedoperacyjnem działamy mniej lub bardziej na los szczęścia, nie wiedząc często, jak niepokonane przeszkody usiłujemy przezwyciężyć, w okresie zaś pooperacyjnym wiemy, że warunki są możliwie najkorzystniejsze dla uzyskania dobrego wyniku. Niestety pomimo to wyniku pomyślnego dość często nie otrzymujemy, nie otrzymujemy go zaś z powodów, nie dających się przewidzieć, i to nadaje dotychczas chirurgii pni nerwowych cechy pewnej przypadkowości, nieobliczalności.

Z Kliniki położniczo-ginelogicznej U. J. w Krakowie.
(Dyrektor: prof. Dr. A. Rosner).

Wrodzone zupełne wypadnięcie macicy u noworodka z rozszczepieniem kręgosłupa.

podała

Dr. Wanda Radwańska

asystentka kliniki.

Dwie główne grupy zapatrywań dadzą się wyłuszczyć z pośród licznych zdań co do przyczyny wypadania macicy, lub pochwy i macicy.

Jedni autorowie uważają macicę za narząd, zawieszony na więzadłach, otrzewnej, naczyniach i nerwach, i tym wszystkim tworom razem przypisują jedyne i główne znaczenie w utrzymywaniu macicy w położeniu zwykłem; zwiotczenie zaś, niedostateczny rozwój, lub rozciągnięcie tych tworów uważają za przyczynę wypadania macicy.

Druga grupa, do której należą Halban, Tandler, Bürger, Graf i niektórzy starsi autorowie (np. Schultze,) uważa mięśnie, zamykające miednicę małą od dołu, za główny przyrząd podtrzymujący macicę, a to na zasadzie gruntownych anatomicznych, porównawczo-anatomicznych i doświadczalnych dowodów. Halban i Tandler w wyczerpującej monografii udowodnili, że mięśnie, zamykające miednicę od dołu, razem zwane przeponą miednicy (diaphragma pelvis) mają tosamo znaczenie dla miednicy małej, co mięśnie ściany brzusznej dla trzew miednicy wielkiej, że są unerwione tak, iż kurczą się współcześnie z mięśniami brzusznymi i tym skurczem przeciwstawiają swą siłę sile wzmożonego ciśnienia śródbrzusznego, dalej że, kurcząc się, mogą otwory przez nie przechodzące zwężać, lub rozszerzać, zależnie od czynności tych narządów. To zapatry-

wanie uzasadniają Halban i Tandler filogenetycznie, bo mięśnie te, stojące pierwotnie w związku z ruchami ogona, nie zanikają mimo pozornej swej zbyteczności, ale przeciwnie, są u ludzi rozwinięte bardzo silnie tak. jakby objęły ważną jakąś czynność Za taką czynność uważają Halban i Tandler właśnie zamykanie miednicy i obronę przed wypadaniem trzew miednicy małej. Na szeregu bardzo ciekawych preparatów anatomicznych wykazują ci autorowie, jak tworzą się wypadnięcia, za których główną przyczynę uważają słaby rozwój, zanik lub zniszczenie mięśni przepony miedniczej, zwłaszcza dźwigacza odbytu. Wypadnięcie macicy uważają Halban i Tandler za przepuklinę, a zniszczenie mięśni, w szczególności dźwigacza odbytu, za stworzenie wrót przepuklinowych, wzmożone zaś ciśnienie brzuszne za czynnik wywołujący wypadnięcie przy nieszczelnie zamkniętym rozworze płciowym (hiatus genitalis).

W ostatnich czasach pojawiła się praca E. Martina, który mięśniom przepony miedniczej odmawia prawie zupełnie znaczenia, a opisuje na nowo znane oddawna połączenia łącznotkankowe macicy z pochwą i otoczeniem i uważa je za główny przyrząd podtrzymujący macicę Brak zaś, lub słaby rozwój tkanki (retinaculum) uważa Martin za przyczynę wypadnięć macicy.

Wypadnięcie macicy zdarza się, jak wiadomo, najczęściej u kobiet, które rodziły. Poród uważa się zwykle za uraz dostateczny do wywołania takich zmian, czy to dlatego, że może wywołać zwiotczenie więzadeł, czy pęknięcie krocza, czy też nawet ogólne opadnięcie trzew jamy brzusznej. Istnieje jednakże pewien niewielki odsetek kobiet, 3·5% (według Martina), które cierpią na wypadnięcie macicy, a nigdy nie rodziły. Tu szukano innych przyczyn wypadnięcia, jak: ogólne złe odżywienie, ciężka praca, schorzenia zapalne i guzy części rodnych, zmiany w położeniu macicy, ukształtowanie miednicy kostnej, n. p. miednica bardzo obszerna i t. p. Freund na przykład sądzi, że stan dziecięcy (infantilismus) może być przyczyną wypadnięcia macicy u osób, które nigdy nie rodziły. Prochownik opisuje przypadek wypadnięcia macicy u osoby, która nie rodziła, u której był zupełny wrodzony brak krocza.

Znamy pewną liczbę przypadków wypadnięcia macicy u noworodków. I tu musimy przyznać, że tylko teorya Halbana i Tandlera da się zastosować do wytłómaczenia tych przypadków.

Dotychczas opisano 13 przypadków wrodzonego wypadnięcia macicy. Otóż uderzającą jest rzeczą, że w 11 przypadkach wada ta występowała u dzieci z rozszczepieniem kręgosłupa (spina bifida).

W przypadkach Winckla (Handbuch d. Frauenk. 1890, s. 334), Snislinga, Schäffera (Bildungsanomal. weiblich. Geschlechtsorgane. Arch. f. Gyn. T. 37) oprócz rozszczepienia kręgosłupa i wrodzonego wypadnięcia macicy nie było innych wad rozwojowych. Dziecko, opisane przez Heila (Arch. f. Gyn. T. 48) miało nadto kończyny dolne zgięte silnie w stawach biodrowych, które to zgięcie nie dawało się odprostować. Podobne przykurczenie było i w stawie kolanowym. Dziecko to samo nogami nie poruszało. Lewa stopa szpotawa, prawa płaska. Widoczne także wypadnięcie odbytnicy. Przypadek Krausego z Warszawy (Zentralbl. f. Gyn. 1897) dotyczył dziewczynki z rozszczepieniem kręgosłupa i wrodzonem wypadnięciem macicy, u której uderzające było zwiotczenie skóry i mięśni kończyn dolnych w porównaniu z górnemi.

Rémy (Archives de gyn. 1895) pierwszy na zasadzie przez siebie opisanego podobnego przypadku zwraca uwagę na związek między rozszczepieniem kręgosłupa a wypadnięciem macicy. Nadto ponieważ w przypadku tym były owrzodzenia skóry w okolicy odbytu, więc wszystkie te zmiany chorobowe razem uważa Rémy za skutek złego odżywienia skóry w okolicy odbytu i mięśni krocza, co znowu może być następstwem rozszczepienia kręgosłupa, pociągającego za sobą zaburzenia w czynności nerwów splotu krzyżowego.

Ballantyne opisuje przypadek wypadnięcia macicy u dziecka z rozszczepieniem kręgosłupa i obydwiema stopami kopytowo-szpotawemi. Równocześnie opisuje fotografię dziecka z podobnemi zmianami, przysłaną mu przez Neugebauera z Warszawy.

Wszystkie dotąd opisane przypadki kończyły się wczesną śmiercią dziecka. Przypadek, opisany przez Radwańskiego (Münch. medic. Wochenschrift 1898), skończył się wyzdrowieniem. Jest to jeden z tych dwóch zaledwie, dotąd znanych przypadków, gdzie istniało wypadnięcie macicy bez rozszczepienia kręgosłupa.

Hanssen (Münch. medic. Wochenschrift 1897) wezwany został do porodu, w którym rozszczepienie kręgosłupa stanowiło przeszkodę porodową. U dziecka tego na drugi dzień po porodzie stwierdzono zupełne wypadnięcie macicy, nadto przykurczenie kończyn dolnych i wywinięcie błony śluzowej odbytnicy. Opisany przez Russel Andrewsa przypadek wrodzonego wypadnięcia macicy dotyczył dziecka z rozszczepieniem kręgosłupa i wodogłowiem. Przytem było porażenie obu kończyn dolnych, brak odruchów, odbyt rozszerzony z wypadnięciem błony śluzowej.

Wszystkie te przypadki ogłoszono przed ukazaniem się monografii Halbana i Tandlera. W żadnym więc protokole sekcyjnym niema wyraźnej wzmianki o tem, jak w tych przypadkach zachowywały się mięśnie przepony miedniczej. Po wyjściu monografii Halbana i Tandlera ogłoszony został przypadek Bürgera (Arch. f. Gyn. T. 73), który w myśl nowej teoryi zwrócił baczną uwagę na stosunki mięśniowe.

Przypadek Bürgera jest następujący

Płód donoszony urodził się w położeniu miednicowem W okolicy kości krzyżowej znajduje się guz wielkości jabłka, częściowo pokryty skórą, który podczas krzyku dziecka staje się zbitszy. Nogi, silnie wyprostowane w stawach kolanowych, są tak zgięte w stawach biodrowych, że kolana dotykają prawie brzucha. Obie stopy hakowate (p. calcaneus). Golenie i stopy chłodniejsze od reszty ciała i lekko sine. Dziecko nie oddziaływa na ukłucia szpilką w okolicy pośladków, krocza, ud i zewnętrznych części płciowych. Okolica odbytu nie jest wciągnięta nieco w głąb, jak zwykle u noworodków, lecz przedstawia się płasko; błona śluzowa odbytnicy widoczna. Pomiędzy wargami sromowemi sterczy wypadnięta macica. 15. dnia po urodzeniu dziecko umarło. Przyczyną śmierci było zapalenie opon mózgowordzeniowych.

Obraz sekcyjny narządu płciowego był następujący: Jajniki głęboko w miednicy małej. Szczyt pęcherza na wysokości górnego brzegu spojenia łonowego. Więzadła obłe napięte, dobrze rozwinięte. Zagłębienie Douglasa głębokie. Dno macicy poniżej dna pęcherza. Wszystkie mięśnie kończyn dolnych słabo rozwinięte, blade. Niektóre z nich, np. mięśnie pośladkowe, mają kształt cieniutkich blaszek. Macica, długości 35 mm., leży zwrócona ku tyłowi.

O tyle, o ile mały rozmiar przedmiotu pozwalał na dokładne zbadanie, okazało się, że dźwigacz odbytu był znacznie gorzej rozwinięty, aniżeli zazwyczaj u noworodków. Przedstawiał się on jako cienkie, bardzo blade, przerosłe tłuszczem włókienka. Autor właśnie to niedokształcenie dźwigacza odbytu uważa za przyczynę wypadnięcia macicy.

Niedokształcenie tych mięśni, prawdopodobnie w następstwie zmian w ich unerwieniu (chociaż nie stwierdzone sekcyjnie), było przyczyną wypadnięcia macicy u noworodka w przypadku, który miałam sposobność spostrzegać.

D. 18. XII. 1911 r. zgłosiła się do ambulatoryum naszej kliniki matka z trzechmiesięczną dziewczynką, przysłaną z kliniki chirurgicznej U. J.

Rodzice dziecka zupełnie zdrowi, 5 poprzednich dzieci zdrowych, bez żadnych wad wrodzonych. Poród szóstego, przyniesionego do kliniki dziecka lekki, siłami natury, w położeniu główkowem. Na drugi dzień po porodzie zauważyła matka mały guzek na grzbiecie dziecka, który stale się powiększał, a w kilka godzin potem drugi guz, wielkości śliwki, wysuwający się z części rodnych. Zresztą dziecko zachowywało się prawidłowo, ssało i przybierało na wadze. W dwa miesiące po porodzie matka zgłosiła się z dzieckiem do kliniki chirurgicznej, gdzie rozpoznano rozszczepienie kręgosłupa i wrodzone wypadnięcie macicy. Prof. Kader zoperował rozszczepienie kręgosłupa; dziecko zniosło operacyę bardzo dobrze; w trzy tygodnie po zabiegu przysłano dziecko do kliniki położniczej.

Badanie wykazało, co następuje; Dziewczynka waży 5 kg. 200 gr., długość ciała 58 cm. Szwy kostne na głowie wązkie, ciemiączka prawidłowej wielkości. W okolicy kości krzyżowej

blizna po operacyi. Kończyny górne i dolne dobrze rozwinięte, ruchy ich swobodne, mięśnie kończyn dolnych dobrze rozwinięte. W ustawieniu stóp niema żadnych nieprawidłowości. Badanie czucia nie wykrywa żadnych zmian.

Okolica odbytu płaska, niezagłębiona. Wargi sromowe większe i mniejsze prawidłowe. Z pomiędzy warg wysuwa się guz, długości $3^1/_4$ cm., różowy, gładki, z otworkiem na szczycie. Bez trudu rozpoznaje się wypadniętą macicę. Zgłębnik wchodzi przez ujście zewnętrzne 3 ctm. w głąb. Błona dziewicza o otworze szerokim. Cewka moczowa prawidłowa.

Badanie przez odbytnicę w celu wykrycia napinających się zwykle podczas krzyku mięśni (m. levator ani) nie doprowadza do wyniku. Najsłabszych nawet brzuśców mięśnia nie wyczuwa się. Badanie porównawcze innych noworodków, u których mniej lub więcej wyraźnie czuje się napinające się dźwigacze odbytu, pozwala na przypuszczenie, że u dziecka z wypadniętą macicą są te mięśnie znacznie gorzej rozwinięte, a może nawet w zaniku.

Macica daje się odprowadzić z łatwością, podtrzymana małym tamponikiem wypada jednak na nowo przy parciu i krzyku. W kilka dni dziecko opuściło klinikę. Polecono matce zgłosić się za kilka miesięcy w czasie, kiedy dziecko powinno zacząć chodzić.

Z opisanym przezemnie jest znanych obecnie 14 przypadków wypadnięcia macicy u noworodków: w 12 zdarzyło się to u dzieci z rozszczepieniem kręgosłupa, w 7 prócz tego istnieją równocześnie zmiany w ułożeniu, odżywieniu i rozwoju mięśni kończyn dolnych, a w jednym zmiany odżywcze na skórze w okolicy odbytu.

Zdaje mi się, że między temi zmianami chorobowemi można przyjąć następujący związek przyczynowy. Rozszczepienie kręgosłupa wpływa na złe unerwienie okolic, zaopatrywanych przez splot krzyżowy. Zmiany w unerwieniu i umięśnieniu kończyn wyrażają się takiemi zmianami, jak porażenie kończyn, stopy szpotawe, płaskie i t. p. Natomiast, jeżeli to złe odżywienie i słaby rozwój lub zanik dotyczy mięśni przepony miedniczej, to nie mogą one stawić dostatecznego oporu ciśnieniu w jamie brzusznej, nie podpierają dostatecznie trzew miednicy małej, które przy pierwszem parciu ulegają obniżeniu i wypadnięciu. Przemawiają za tem bardzo dobitnie badania histologiczne mięśnia dźwigacza odbytu, wykonane przez Grafa (Ueber den kongenitalen Prolaps. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1911 Z. 6) u dzieci z rozszczepieniem kręgosłupa; w każdym takim przypadku stwierdzał Graf słaby rozwój tego mięśnia.

Pozostaje do omówienia zagadnienie czysto akademickie, czy te wypadnięcia macicy u noworodków można nazwać wrodzonemi. Wszystko przemawia za tem, że powstają one dopiero po porodzie w związku z parciem, które przecież jest szczególnego rodzaju ruchem wydechowym, poprzedzonym wdechem. W łonie matki wypadnięcie to nie istniało, nie może przeto być nazwane »wrodzonem«. Wrodzonem jest tylko usposobienie, tkwiące w wadzie przepony mięśniowej miedniczej.

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

Prof. Cozzolino: **Odczyn skórny tuberkulinowy w przebiegu krztuśca.** (La Riforma medica Nr 44, 1913). Odczyn skórny tuberkulinowy znika w daleko posuniętej gruźlicy płuc, stawów i otrzewnej, w przebiegu gruźliczego zapalenia opon mózgowych, w gruźlicy prosówkowej i przy zakażeniu odrowem. Doświadczenia Pirqueta wykazały, że odczyn znika na czwarty dzień po wystąpieniu wysypki odrowej i powraca dopiero po jej zniknięciu, t. zn. po upływie 6—7 dni. Przyczyną ujemnego wyniku odczynu P. u osób, u których był poprzednio odczyn dodatni, ma być ta okoliczność, że zakażenie odrowe sprzyja szerzeniu się sprawy gruźliczej, przez co dany ustrój traci przejściowo swą odporność względem prątków Kocha, czyli, że odczyn P., który jest nietylko wyrazem zakażenia gruźliczego, ale równocześnie także i wskaźnikiem zdolności ochronnej ustroju przeciw swoistemu zakażeniu — wypada ujemnie. W ten sposób dodatni odczyn P. miałby znaczenie rozpoznawcze w kierunku wyłączenia podejrzanej wysypki, jako odrowej, u osób, które poprzednio okazywały odczyn dodatni, podczas gdy wynik ujemny odczynu wskazywałby na zakażenie odrowe. Ten hamujący wpływ na zdolność ustroju oddziaływania na wprowadzenie doń tuberkuliny, spotykamy oprócz odry także w przebiegu innych schorzeń, nie mających żadnego bezpośredniego wpływu na rozwój równoczesnej sprawy gruźliczej — jak zapalenie płuc włóknikowe, dur brzuszny, ospica, płonica, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, dur powrotny, daleko rzadziej w przebiegu błonicy i róży; natomiast przy ostrym gośćcu stawowym, nagminnem zapaleniu ślinianek i mieszkowem zapaleniu migdałków nie widzimy żadnej różnicy w zachowaniu się odczynu w okresie gorączkowym, a w okresie zdrowienia. Także i ciąża wpływa wybitnie na obniżenie, względnie zniesienie odczynu P., który powraca znowu dopiero w połogu. To spostrzeżenie zgadza się z faktem, że ciąża, zwłaszcza w ostatnich miesiącach, wywołuje zaostrzenie się sprawy gruźliczej. Przyczyną tego ma być unieruchomienie niweczników gruźliczych przez lipoidy, znajdujące się w nadmiarze u kobiet ciężarnych. Przyczyną zniknięcia odczynu P w przebiegu wysypki odrowej ma być zobojętnienie i pochłonięcie przez jad odrowy swoistych niweczników gruźliczych (t. zw. erginy według P.), które przez swoje pośrednictwo między tuberkuliną a komórkami danego ustroju są niezbędne do powstania odczynu. Bardzo liczne jednak doświadczenia stwierdziły, że w surowicy krwi odrowych nie znajduje się żadne ciało, któreby wpływało hamująco na wystąpienie odczynu P., czyli że czynniki w grę tu wchodzące nie mają podstawy humoralnej. C. starał się wyświetlić zależność odczynu tuberkulinowego od rozmaitych czynników zakaźnych przez systematyczne badanie odczynu P. u dzieci ze krztuścem, do czego właśnie panująca w Cagliari epidemia tej choroby dostarczyła obfitego materyału. Spostrzeżenia swe przeprowadził na 227 dzieciach, z których u 28 zastosował oprócz odczynu P. także i odczyn Moro, który zawsze zgadzał się z wynikiem poprzedniego. Dzieci znajdowały się w najrozmaitszych okresach choroby. W 67 przypadkach, t. j. 29·5%, otrzymał C. wynik dodatni, w 160 zaś (70·5%) ujemny. Przypadki z wynikiem dodatnim znajdowały się przeważnie w dalszym okresie choroby, co się zgadza z wpływem krztuśca, usposabiającym do gruźlicy. C. nie stwierdził żadnej zależności dodatniego wyniku od nasilenia i częstości napadów krztuśca, jak również i od powikłań w zakresie narządu oddechowego; również i stopień limfocytozy, spotykanej stale w krztuścu, nie miał żadnego wpływu na wynik odczynu. Spostrzeżenia te, przeprowadzone u osobników z cierpieniem taksamo usposabiającem do gruźlicy (malattia tubercolizzante), jak odra, przy którem jednakże brak wysypki, skłaniają C. do twierdzenia, że odmienny sposób zachowania się tego skórnego odczynu przy krztuścu w przeciwieństwie do innych spraw zakaźnych, zwłaszcza połączonych z wysypką, w pierwszym zaś rzędzie w przeciwieństwie do odry — zależy w wybitnym stopniu od zmian samej skóry, wywołanych przez wysypkę; zmiany te mogą osłabiać, a wreszcie nawet wstrzymać zupełnie wystąpienie odczynu. Podobny hamujący wpływ na odczyn P., lecz w daleko słabszym stopniu, wywiera skóra, którą drażniliśmy poprzednio n. p. jodyną, synapizmami, naświetleniem słonecznem i t. p. Przeciw twierdzeniu C. niczegoby nie dowodziła obecność względnie brak w surowicy krwi krztuścowych ciał, wstrzymujących odczyn P., albowiem brak ich nie miałby żadnego znaczenia, obecność zaś ich potwierdzałaby właśnie zależność odczynu P. od zmian samej skóry. Dr T. T.

Prof. Müller: **Epidemia porażeń dziecięcych.** (Zeits. f. ärztl. Fortbild. 1914 Nr 7). Porażenia dziecięce od pierwszej chwili ich opisania, t. j. od roku 1840, występowały nietylko sporadycznie, lecz i epidemicznie. Większe rozmiary zaczęła epidemia przybierać od roku 1905. Sprawcami tej choroby są drobnoustroje, przedstawiające się w postaci małych, okrągłych ziarenek, o średnicy 0,15 – 0,3 μ. Nie posiadają one żadnych swoistych ruchów; barwią się najlepiej metodą Giemsy i Grama; układają się parami i skupieniami. Rosną dobrze na wyjałowionych płynach puchlinnych z dodatkiem kawałka nerki króliczej. Zaszczepione małpom, wywołują u nich zapalenie szarej substancyi rdzenia z objawami takimi, jak w porażeniu dziecięcem. Zaszczepienie mózgu małp chorych małpom zdrowym wywołuje u nich również tę samą sprawę w rdzeniu, a z tych małp wyhodować można właściwe drobnoustroje. Znajdują się one zwykle między komórkami w grupach. Drobnoustrój ten wykryty i zbadany został przez Flexnera i Noguchiego. Do ustroju dostaje się drogami oddechowemi i przez przewód pokarmowy. Dlatego też wczesny okres tej choroby znamionują zapalenia gardła, nieżyty oskrzeli i jelit. Temi samemi drogami, któremi drobnoustrój ten do ustroju się dostaje, wydziela się on z ustroju. Toteż choroba ta szerzy się przez wydzieliny dróg oddechowych i pokarmowych chorego. Osoby, pielęgnujące chorych, mogą również zarazki przenosić. Woda, środki spożywcze, n. p. mleko, odgrywają również rolę w rozpowszechnianiu się zarazka. Dlatego też podczas epidemii należy polecać rodzicom podawać dzieciom środki spożywcze tylko w stanie przegotowanym. Pył, ubranie, obuwie również odgrywają pewną rolę w rozszerzaniu się choroby. Wickman przypuszcza, że choroba ta szerzy się z człowieka na człowieka. W rozprzestrzenianiu się zarazy najważniejszą rolę grają nie osoby, dotknięte porażeniem, lecz przypadki poronne i roznosiciele bakteryi. Postaciom poronnym towarzyszy jedynie podniesienie ciepłoty, natomiast samo porażenie nie występuje. Podczas epidemii często się zdarza, że w jednej i tej samej rodzinie wszystkie dzieci zachorowują na zaburzenia jelitowe, będące zwykle okresem wstępnym porażenia dziecięcego. Z tych dzieci jedno n. p. dostaje porażenia przedramienia, u innych zaś znikają tylko odruchy ścięgniste nóg, lub nie występują żadne zaburzenia ze strony układu nerwowego, pomimo, że badanie serodyagnostyczne i badanie doświadczalne wykazuje obecność właściwych tej chorobie zarazków. Te formy poronne przebiegać mogą również pod postacią zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego lub dróg oddechowych. Wydzielina jamy ustnej i treść jelit zupełnie zdrowego otoczenia chorych na zapalenie szarej istoty rdzenia zawiera zwykle drobnoustroje, wywołujące tę chorobę. Najbardziej wrażliwe na zarazek są dzieci poniżej lat 5. Wśród zwierząt domowych, jak kur, królików, koni, często panuje ta choroba i stąd przechodzi na ludzi. Ludzie są zatem wrażliwi na zarazek, wywołujący zapalenie rdzenia u tych zwierząt. Natomiast te zwierzęta domowe nie są wrażliwe na zarazek, wywołujący zapalenie szarej istoty rdzenia u ludzi. Na ludzki zarazek są wrażliwe jedynie małpy. Epidemie zapalenia szarej substancyi rdzenia najczęściej występują latem i wczesną jesienią. O istnieniu usposobienia osobniczego świadczy fakt, że jedne dzieci podlegają tej chorobie, u innych natomiast występują formy poronne lub nie występują żadne objawy pomimo obecności swoistych drobnoustrojów w jamie nosowogardłowej.

Dla zwalczania epidemii jest konieczne szybkie donoszenie o wszystkich tak pewnych, jak i podejrzanych przypadkach choroby. Nadto, przy wybuchu gdziekolwiek przypadków zapalenia szarej substancyi rdzenia, należy pouczać lekarzy zapomocą odczytów i broszur ulotnych o dzisiejszym stanie wiedzy w tej dziedzinie, o wielorakości objawów w okresie wczesnym, o najlepszych zabiegach zapobiegawczych i leczniczych, słowem, o ogólnym dorobku wiedzy w tym kierunku w latach ostatnich. Lekarze powinni pamiętać o możliwości zapalenia szarej substancyi rdzenia w przypadkach etyologicznie niejasnych, w ostrych chorobach gorączkowych i wogóle wszędzie tam, gdzie występują niejasne objawy wczesne, ażeby w tych wszystkich przypadkach zastosować środki zapobiegawcze. Najczęstszą formą choroby w przypadkach epidemii są porażenia rdzeniowe; nie brak jednak i porażeń opuszkowych. Przy niebezpieczeństwie epidemii należy i ludność pouczać, ażeby nie lekceważyła sobie ostrych zachorowań u dzieci, ażeby takie dzieci zaraz kłaść do łóżka, a rodzeństwa nie puszczać do szkoły i przy najmniejszych skargach niezwłocznie wezwać lekarza. Osoby, które zachorowały, najlepiej przewieść z domu do szpitala, ewentualnie do baraku epidemicznego. Rodzeństwo chorego, choćby został przewieziony zaraz z domu do szpitala, należy powstrzymać od chodzenia do szkół na 4—6 tygodni. Po przewiezieniu chorego do szpitala należy niezwłocznie dokonać odkażenia mieszkania. To samo należy uczynić w kilka tygodni po zachorowaniu, o ile dziecko było leczone w domu Najlepsze jest w tych razach odkażenie formaldehydowe. O ile jednocześnie i zwierzęta domowe były chore, należy przeprowadzić odkażenie w ubikacyach, w których one przebywały. Przy większych epidemiach szkoły należy zamknąć, a dzieci rodzin zakażonych trzymać w domu i nie dopuszczać do stykania się z innemi dziećmi; należy zakazać większych zebrań dorosłych i dzieci; szczepień nie odbywać, rodzinom zakażonym zabronić chodzenia do kościoła, gdyż pozornie zdrowi, będąc jednak roznosicielami bakteryi, łatwo udzielić mogą choroby zupełnie zdrowym. Ludziom zdrowym polecamy płukać gardło rozczynem wody utlenionej i żuć w ustach pastylki formaldehydowe. Przed drzwiami mieszkań zakażonych należy kłaść ścierki, zmoczone w 1% rozczynie sublimatu i kilka razy dziennie zmieniać. Ludzie, wychodzący z mieszkania zakażonego, a przedewszystkiem lekarz, listonosz, pielęgniarka i t. d., powinni sobie dokładnie wytrzeć obuwie. Doświadczalnie dowiedziono, że zarazek znajduje się również w pyle mieszkań zakażonych. Przed opuszczeniem mieszkania zakażonego należy również dobrze wymyć ręce ciepłą wodą z mydłem. W samem mieszkaniu należy odkażać wydzieliny chorego, również wszystkie rzeczy, których on używał. Wobec wrażliwości zarazka na ciepło wystarczy ciepła woda, ażeby uczynić naczynia i bieliznę nieszkodliwemi; należy zabronić czyszczenia obuwia w kuchni. Jeżeli zachorowania występują w porze letniej, kiedy jest dużo owadów, to należy owady łapać na papier lepki, a następnie go spalić. Nauczycieli, służących szkolnych, listonoszy, ludzi zajętych na drogach żelaznych i przy tramwajach, wogóle wszystkich tych, których zajęcie jest związane z chodzeniem od domu do domu, ze stykaniem się z większemi grupami ludzi, należy zawiesić w urzędowaniu. Lekarze powinni odwiedzać chorego w płaszczu płóciennym, który już w tem mieszkaniu zostawać musi, płukać sobie usta, myć ręce, wychodząc z mieszkania chorego, wycierać obuwie o ścierki, napojone sublimatem. W kwartał po zachorowaniu należy zastosować leczenie ortopedyczne. O ile epidemia gdzie zagnieździła się nie jest wykluczone, że za kilka lat w tem samem miejscu znowu wybuchnie jeszcze gwałtowniej. Zadaniem przyszłości wynaleźć szczepienie, któreby zabezpieczało dzieci podczas epidemii od porażenia Tadeusz Kon.

Prof. Sobernheim: **Zwalczanie chorób zakaźnych w szkole i domu.** (Zeits. f. ärztl. Fortbild. Nr 8, 1914). Racyonalne zapobieganie chorobom zakaźnym wymaga dokładnej znajomości poszczególnych chorób zakaźnych i ich charakteru, a więc ich postaci klinicznych i dróg, któremi się one rozszerzają i przenoszą. A więc o zapobieganiu możemy mówić tylko przy tych chorobach, których zarazek jest znany. Niestety, z zarazków chorób zakaźnych, pojawiających się w wieku dziecięcym, jest znany tylko zarazek błonicy i gruźlicy; przyczyna innych chorób, szczególniej odry i płonicy, jest jeszcze nieznana

i możemy o niej mówić jedynie na podstawie doświadczenia klinicznego i epidemiologicznego.

Wszystkie zabiegi w zwalczaniu chorób zakaźnych mają tę wspólną podstawę, że źródłem zakażenia w pierwszej linii jest zawsze człowiek żyjący. Przedmioty martwe mogą grać rolę pośredników; niebezpieczeństwo z tej strony nie może się równać z tem niebezpieczeństwem, jakiem grozi człowiek zakażony. I tych przedmiotów nie należy jednak lekceważyć: u dzieci ten sposób przenoszenia się chorób zakaźnych jest częstszy, niż u dorosłych. Człowiek zakażony długo jest niebezpieczny dla otoczenia przez swoje wydzieliny. Pierwszym warunkiem zapobiegania jest odosobnienie zakażonych osobników. Dzisiejsze odosobnienie tem się różni od odosobnienia lat dawniejszych, że odosabnia się nietylko ludzi chorych, ale i roznosicieli zarazków. Oprócz odosobnienia doniosłą rolę odgrywa odkażanie. Odkażanie powinno być wykonywane stale przy łóżku chorego, a oprócz tego końcowe. Zdrowe dzieci należy uodpornić zapomocą szczepień ochronnych, stosować zapobiegawcze płukania gardła, zabiegi higieniczne w postaci racyonalnego odżywiania, dobrego powietrza, dostatecznej ilości światła, ćwiczeń cielesnych, wogóle stosować wszystko to, co się przyczynia do racyonalnego sposobu życia i co czyni ustrój odporniejszym na rozmaite wpływy szkodliwe.

Wielu badaczy uważa szkołę za głównego rozsadnika błonicy. Inni natomiast nie nazywają epidemii błonicy »szkolną« (Schulepidemie), lecz »uczniowską« (Schülerepidemie), rozumiejąc przez to, że epidemia ta nie szerzy się przez szkołę, lecz poza szkołą, przez mieszkania i t. d. Należy jednak przyjąć, że w rozszerzaniu się tej epidemii, oprócz domu, odgrywa dużą rolę i szkoła. Znane są epidemie błonicy w jednej n. p. klasie. Jak zapobiedz epidemiom szkolnym i klasowym? Wiedzie ku temu jedynie wykluczenie z uczęszczania do szkoły roznosicieli. Konieczna jest tutaj ścisła kontrola bakteryologiczna. Osiągnąć ją możemy przez lekarzy szkolnych i dyrektorów szkół. Odpowiedni przepis brzmieć powinien, że dziecko po błonicy albo po chorobie w tym kierunku podejrzanej, wtedy dopiero będzie dopuszczone do szkoły, gdy przyniesie świadectwo, że dwukrotne badanie wydzieliny gardła co do zarazków błoniczych dało wynik ujemny. W Berlinie są trzy urzędowe zakłady bakteryologiczne, które umożliwiają lekarzom działalność w tym kierunku. Dla badań lekarskich szkolnych jest przeznaczony zakład bakteryologiczny miejski. Zbyteczna dodawać, że z uczęszczania do szkół powinno być wyłączone także i rodzeństwo chorego i że wydzielina gardła rodzeństwa powinna być także badana bakteryologicznie. Miasta Berlin, Charlottenburg, Schöneberg, Halle i inne, już od dłuższego czasu wprowadziły to postępowanie. Sposób to bardzo praktyczny i doprowadzający do celu. Pruska ustawa z 9. lipca 1907 r. pozwala dzieciom szkolnym wtedy powrócić do szkół po przebytej chorobie, kiedy otrzymają od lekarza świadectwo, że już nie są niebezpieczne dla otoczenia; przy błonicy bez badania bakteryologicznego nie można się tu obejść. Jeżeli przypadki zachorowania częściej się zdarzają w pewnej klasie, należy uczniów tej klasy poddać badaniu bakteryologicznemu 2—3 razy w 2—3-dniowych odstępach. Wykluczenie ze szkół roznosicieli kładzie kres rozszerzaniu się epidemii. Zamknięcie klasy na przeciąg 8—14 dni bez jednoczesnego odosobnienia roznosicieli mija się z celem. Zamknięcie klasy na 4 6 tygodni odniesie skutek pożądany; zarządzać je należy wtedy, jeżeli epidemia przybiera niezwykłe rozmiary. Stosowanie surowicy w celach zapobiegawczych w szkołach uważa autor za zbyteczne. Roznosiciele bakteryi po wstrzyknięciu surowicy nie przestają być roznosicielami i są dalej niebezpieczni dla otoczenia. Spostrzeżenia nad epidemiami błonicy w 21 szkołach wydziałowych wykazały, że walczyć skutecznie z tą epidemią można nie zamykaniem szkół, lecz ścisłą kontrolą bakteryologiczną. Dzieci ze szkół zamkniętych, będąc roznosicielami bakteryi, z łatwością szerzą zarazę w miejscach publicznych, w mieszkaniach. Rodzeństwu, rodzicom należy wskazać, jakich ostrożności przestrzegać powinni ze względu na roznosicieli.

Przy wszystkich prawie pozostałych chorobach zakaźnych nie mamy tych wytycznych, któremi się kierujemy przy błonicy. Nagminne zapalenie opon mózgowych również wymaga kontroli bakteryologicznej. Wykluczenie chorych ze szkoły na ten okres, w którym są niebezpieczni dla otoczenia, zamknięcie klasy, odkażanie, oto środki, którymi walczyć możemy z chorobami zakaźnemi. W Niemczech nakazuje rozporządzenie ministeryalne zakazywać chodzenia do szkół przy ospie i płonicy przez 4 tygodnie. Przed powrotem do szkół należy dzieci odosobnione wykąpać, bieliznę, odzież i t. d. odkazić. W ten sposób zapobiegnie się dalszym zakażeniom szkolnym. Ciekawą jest rzeczą, że płonica, odra, ospa wietrzna i inne choroby zakaźne po zniknięciu objawów klinicznych przestają być zaraźliwe, a chorzy po przebyciu tych chorób i po wspomnianych zabiegach (kąpiel, odkażenie) mogą śmiało do szkół powrócić. Odosobnienie chorych skraca trwanie poszczególnych chorób i usuwa niebezpieczeństwo zarażania się. Ważnym również czynnikiem w zwalczaniu chorób zakaźnych w szkole jest wczesne rozpoznanie. Dlatego też należy dzieci, skarżące się na jakieś dolegliwości, niezwłocznie poddać badaniu lekarskiemu i obserwacyi.

Zwalczać choroby zakaźne w domu można jedynie przez przeniesienie chorego do szpitala. Odosobnienie w domu nie przynosi żadnej korzyści. Co innego w instytucyach w rodzaju zakładu dla sierot, domu podrzutków i t. d., gdzie odosobnienie może być ściśle przeprowadzone. W berlińskim domu sierot podczas epidemii błonicy, z łóżeczek tak zdrowych, jak i chorych, zapomocą gazy robiono rodzaj oddzielnych pokoików (boksów) i w ten sposób zapobieżono szerzeniu się błonicy. Z powłok gazowych wyhodowywano przytem bakterye błonicze, co było dowodem, że te powłoki zatrzymywały bakterye. Nawet w domach bogaczy, o ile przy chorych niema wykwalifikowanych dozorców, nie może być mowy o ścisłem odosobnieniu. Roznosicieli bakteryi należy pouczać, jak się mają zachowywać, ażeby nie byli niebezpieczni dla otoczenia. Jeżeli chorego nie można z domu przenieść do szpitala, to należy przeprowadzać odkażanie przy łóżku chorego, nie mówiąc już o odkażeniu szczegółowem po skończonej chorobie. Nawet po wyzdrowieniu należy stosować wszelkie środki zapobiegawcze, aż do chwili, kiedy niebezpieczeństwo zarażenia się ustanie. W błonicy rozstrzyga o tem badanie bakteryologiczne. Jeżeli zdrowe dziecko jest roznosicielem błonicy, należy je oddzielić od pozostałych. Jeżeli matka jest roznosicielką błonicy, powinna płukać gardło, nie zbliżać swoich ust do dzieci, unikać żywego mówienia do dzieci i t. d., aż do chwili, kiedy przestanie być roznosicielką. Piastunkę-roznosicielkę należy z domu usunąć. Zdrowi powinni płukać sobie gardła, najlepiej pergenolem. Surowicę przeciwbłoniczą w celach zapobiegawczych można stosować tylko w wyjątkowych razach. Uodpornia ona tylko na przeciąg około 3 tygodni. Jeżeliby po tym czasie należało znowu wstrzyknąć surowicę, mogłyby wystąpić objawy nadwrażliwości (anafilaksyi). Zapobiedz im można, stosując przy powtórnem wstrzyknięciu mniejszą ilość surowicy (0,5—1 cm^3) i dopiero po pewnym czasie główną dawkę. Przy powtórnem wstrzyknięciu należy wstrzyknąć surowicę z koni, o ile pierwotnie wstrzyknięto surowicę również z tych zwierząt. Jeżeli zaś pierwotnie wstrzyknięto surowicę, otrzymaną z wołu, to przy powtórnem wstrzyknięciu można użyć surowicy, otrzymanej z innych gatunków zwierząt. Jochmann twierdzi, że surowica, otrzymana z wołu, ma dawać doskonałe wyniki. Stosowanie surowicy przeciwbłoniczej w stanie suchym, rozpuszczonej w oleju, ma dawać świetne wyniki dzięki powolnemu wchłanianiu się antytoksyn, co zapobiega wystąpieniu nadwrażliwości.

Po skończonej chorobie zakaźnej należy przepro-

wadzić odkażenie, ażeby zniszczyć wszelkie zarazki, znajdujące się w mieszkaniu. Odkażenie, oprócz znaczenia zapobiegawczego, ma również doniosłe znaczenie wychowawcze. Niektórzy utrzymują, że końcowe odkażenie przeprowadza się zwykle zbyt późno, wskutek czego już po dokonaniu odkażenia nastąpić mogą ponowne zachorowania w tej samej rodzinie. Higieniści natomiast twierdzą, że z ostatecznem odkażeniem należy czekać, aż roznosiciele przestaną być nimi. Ten punkt widzenia jest bardzo logiczny, ale mało praktyczny. Względy praktyczne zmuszają do tego, ażeby odkażenie końcowe przeprowadzać ile możności wcześniej po skończonej chorobie zakaźnej, nie czekając, aż ostatni roznosiciel przestanie być roznosicielem. Tadeusz Kon.

Prof. Göppert: **Choroby nosa i jamy nosowogardłowej w wieku dziecięcym.** (Zts. f. ärzt. Fortb. Nr 8 i 9, 1914). Na czynniki, wywołujące choroby nosa i jamy nosowogardłowej, nie wszystkie dzieci są jednakowo wrażliwe. Są dzieci, u których przy lada sposobności powstają zmiany górnych dróg oddechowych, przy tem zapaleniu podlegają również odpowiednie gruczoły chłonne. Ta wrażliwość jest skutkiem wady ustrojowej, skazy zołzowej lub wysiękowej (exsudative Diathese). Pierwsze zakażenie, któremu podlegnie błona śluzowa dróg oddechowych, wzmaga jej nadwrażliwość. Pożywienie tuczące (Mastkost), niewłaściwa odzież, nieodpowiednie mieszkania zmniejszają odporność przeciw zakażeniom. Choroby nosa i jamy nosowogardłowej powstają u osesków przez zakażenia, kurz, sadze, bakterye z powietrza. Dlatego też dzieci o skazie zołzowej tak nadzwyczajnie oddziałują na zmiany miejsca pobytu, n. p. przy przeniesieniu się ze wsi do miasta, z miasta pełnego ogrodów do miasta fabrycznego. Nieżyt nosa i gardła (nasopharyngitis) jest chorobą »par excellence« zakaźną. Charakterystyczne jest dla tej choroby zwykle jednodniowe trwanie gorączki. Przyczyna tej gorączki często bywa objaśniana u osesków ząbkowaniem, złem mlekiem kobiecem, u starszych dzieci zatrzymaniem stolca, ponieważ w dzień gorączkowania w gardle zwykle nie stwierdza się zmian. Jeżeli jednak 1—2 dni później zbadamy dziecko, to znajdziemy stan zapalny gardła. W pierwszym dniu choroby możemy sprawę rozpoznać, badając błonę śluzową nosa; wtedy można się przekonać, że bez środków rozwalniających, pomimo zatrzymania stolca ciepłota na drugi lub trzeci dzień spada. Gorączka trwać może jednak tydzień i dwa tygodnie i trzymać się na pewnym poziomie przez cały czas.

Z choroby tej należy wyodrębnić pewną grupę przypadków, która się charakteryzuje następującemi cechami: Dziecko zachorowuje z wybitnymi objawami nosowogardłowymi przy wysokiej ciepłocie. Po kilku dniach objawy miejscowe ustępują. Gorączka jednak nie opada, lecz przebiega tak, jak przy zimnicy, z charakterystycznym dreszczem, przyczem ciągnąć się może 6—8 tygodni. Badanie nosa wykazuje lekkie zakatarzenie. Gardło mało co zajęte. Autor rozpatruje ten stan chorobowy, jako lekką ropnicę, powstałą na tle zapalenia gardła i nosa. W jednym przypadku wystąpiła nawet później wada serca. Zachorowania te mogą wieść również do gruźlicy prosówkowej. Rozpoznanie bywa bardzo trudne. W wielu epidemiach choroba ta zaczyna się wymiotami, które trwać mogą dzień i dłużej, i prowadzić może do acetonemii. U dzieci nerwowych i silnie pobudliwych zakażenie wywołuje acetonemię lub wymioty acetonowe. Leczenie w tych przypadkach jest proste, podawanie wody wewnętrznie lub zapomocą lewatywy.

Drugą właściwością zakażeń nosowogardłowych jest występowanie rozwolnień; rozwolnienie to trwa jeszcze dni kilka po ustąpieniu zakażenia. Te zaburzenia jelitowe u dzieci w pierwszym i drugim roku życia, otoczonych należytą opieką, nie mają nic wspólnego z zaburzeniami na tle pokarmów. U dzieci starszych objawy te występują rzadko. Autor objaśnia te zaburzenia jelitowe tem, że bakterye, wywołujące zakażenie nosowogardłowe, działają przez swe toksyny lub same przez się na jelita. Jako powikłanie sprawy nosowogardłowej może też wystąpić surowicze zapalenie opon; u dzieci, skłonnych do drgawek, zdarzają się w toku sprawy nosowogardłowej drgawki. Dalej na tle tejże sprawy może powstać dychawica.

Nieżyt nosowogardłowy osesków należy odróżnić od tej choroby dzieci starszych. U osesków cała sprawaześrodkowuje się w jamie nosowej, ewentualnie w jamie nosowogardłowej, ale nie w części ustnej. Dlatego też u osesków w tej chorobie przedewszystkiem należy obejrzeć nos, podnosząc koniec nosa ku górze i ku tyłowi. Śluz i strupy z jamy nosowej usuwamy pałeczką, owiniętą watą i zanurzoną w waselinie. U osesków ostry nieżyt nosa zwykle przechodzi w przewlekły. Oddychanie nosem staje się przytem utrudnione; oseski te przestają ssać. Oseski takie wyglądają charakterystycznie, jak gdyby wystraszone; wszystkie dzieci, dotknięte tą chorobą, są tak do siebie podobne, że zdaje się, jakby należały do jednej rodziny. W chorobie tej ulega obrzmieniu część nosa tylna, która u osesków tworzy wązkie przejście między nosem i jamą nosowogardłową (foramen choanale, albo canalis choanalis). Stąd pochodzi to stenotyczne działanie nieżytu tylnej części nosa (rhinitis posterior) u osesków i podobieństwo jego do typu adenoidalnego. Jeżeli rzeczywiście chodzi o nieżyt tylnej części nosa, to wszystkie jego objawy ustępują, skoro wązki otwór przetworzy się w nozdrza tylne (choanae), co następuje w drugim roku życia.

U dzieci starszych w chorobach górnych dróg oddechowych punkt ciężkości leży przedewszystkiem w jamie ustnej. Dlatego też szczegółowo powinniśmy zawsze obejrzeć jamę ustną oraz tylną ścianę gardła. Jako dowód przebytego zapalenia gardła znajdujemy tutaj kępki wielkości grochu. W razie lekkiego zapalenia są one różowe, przy zapaleniu silniejszem — barwy mięsa. Tej odmianie nieżytu nosowogardłowego towarzyszy zwykle gorączka.

Ciekawą postacią chorobową u dzieci jest ukryty nieżyt gardła. Dziecko jest wtedy blade, oczy zapadłe, twarz mizerna, cuchnienie z ust, dzieci te skarżą się na brak apetytu. Możnaby nieraz myśleć o chorobie żołądka. Lecz cuchnienie z ust jest tak charakterystyczne, że powinno ono zaraz zwrócić uwagę na gardło; obejrzawszy jego tylną ścianę, stwierdzimy wtedy, z jaką właściwie chorobą mamy do czynienia.

Leczenie nieżytów nosowogardłowych jest w przeważnej części objawowe. Przy żadnej chorobie nie jest tak pożyteczne zwalczanie gorączki, jak w tej sprawie. Pyramidon i aspirynę należy stosować w małych dawkach. U osesków 0·1 aspiryny, co najwyżej podwójną dawkę; pyramidonu nie więcej, niż $^{3}/_{4}$ dg, a w końcu pierwszego roku życia 1 dg. Przy bolesności szyjnych gruczołów chłonnych należy polecać wcieranie spirytusu napół z gliceryną. Do miejscowego leczenia nosa nie należy polecać do drugiego roku życia mentolu, koryfiny i podobnych środków, które mogą łatwo wywołać śmierć dziecka. Z korzyścią stosujemy wdychanie pary, przyczem dodać możemy terpentynę i mentol, gdyż taka kombinacya nie jest szkodliwa. Chcąc umożliwić oseskom ssanie, wkraplamy im na 10—15 minut przed ssaniem kilka kropli słabego roztworu adrenaliny (Sol. adrenalini vel suprarenini synthetici (1,0 : 1000,0) 1,0, aquae boratae 2,0). W nieżycie przewlekłym należy unikać stosowania środków przyżegających. Jedynie przy ropnym nieżycie można stosować 2% rozczyn azotanu srebrowego na wacie w przeciągu 1—2 minut. Przy nieżycie tylnej części nosa wkraplamy co trzeci dzień dwukrotnie w odstępie 5-minutowym kilka kropli 1% rozczynu azotanu srebrowego. Ponieważ tak mało pomódz możemy przy nieżycie, musimy zapobiegać zakażeniu, nie dopuszczając do stykania się dzieci z chorymi na katar. Zmiana klimatu również ma doniosłe znaczenie. W ciężkich przypadkach należy wysłać dziecko nawet na cały rok nad morze, albo w wysokie góry. U dzieci

otyłych należy przeprowadzać leczenie odtłuszczające. Hartowanie dzieci ma doniosłe znaczenie. Polegać ono powinno na ruchach na wolnem powietrzu, bez względu na pogodę, w odzieży przewiewnej. Słońce, powietrze, woda, wycieranie spirytusem z gliceryną, są to najlepsze środki hartujące. Dzieciom słabowitym polecać należy leżenie 1—2 godzin dziennie, nawet zimą, na świeżem powietrzu.

Co się tyczy operacyjnego usuwania powiększonych migdałków, to należy być bardzo oględnym i ostrożnym. Zwykle uważamy powiększenie tych migdałków za źródło nieżytu jamy nosowogardłowej, z tego względu, że mieszki (krypty) tych migdałów są stałem siedliskiem takich nieżytów. Zapatrywanie to nie jest słuszne, bo i po operacyjnem usunięciu migdałów nieżyt nie znika. Adenotomia nawet dużych migdałów nie przynosi korzyści. Dokonywać jej należy jedynie w tych przypadkach, jeżeli zbyt wielkie migdały nosowogardłowe rzeczywiście uniemożliwiają oddychanie przez nos. Przyczyny stanu, zwanego »aprosexia nasalis« autor nie upatruje w powiększonych wyroślach gruczołowatych, lecz we wrodzonych skłonnościach charakteru. Nie bez wpływu pozostaje w tych przypadkach i przewlekła choroba jamy nosowogardłowej, ale tylko o tyle, o ileby nie pozostawała bez wpływu i każda inna choroba przewlekła. Dlatego też często, wyciąwszy wyrośle gruczołowate, nie osiągamy w »aprosexia nasalis« żadnego skutku. Ostatnimi czasy przekonano się także, że przerost migdałków nosowych i podniebiennych nie przyczynia się do łatwiejszego powstawania zakażeń. Dowiódł tego Fränkel co do błonicy i nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. Wskazaniem do operacyjnego usunięcia wyrośli gruczołowatych jest tylko taka ich wielkość, że utrudniają oddychanie nosem. Dalej należy usunąć wyrośle gruczołowate nawet średniej wielkości, jeżeli przyczyniają się do chorób ucha środkowego, (częste nawroty nieżytów ucha środkowego, przebieg przewlekły, wypływ ropny z ucha mogą być następstwem tych wyrośli). Skutek operacyi i w tych przypadkach nie zawsze jest pewny.

Nie można dziś jeszcze rozstrzygnąć, czy posocznice ukrytego pochodzenia, gościec stawowy i przewlekłe krwotoczne zapalenie nerek nie stoją w związku ze sprawami, powstającemi w migdałach. Doszczętne usuwanie migdałów przy tych chorobach i wyniki przytem otrzymywane mogą sprawę wyjaśnić. Tadeusz Kon

Choroby zakaźne.

Walb. **Grypa pneumokokowa** (Dts. med. Woch. 1913, 49). Tej paradoksalnej na pozór nazwy używa W. dlatego, ponieważ w spostrzeganej przez siebie grupie przypadków, mających kliniczne cechy grypy, wykrywał zawsze tylko dwoinki zapalenia płuc, a nigdy nie znajdował prątków influenzy. Wspólną cechą grypy prawdziwej i tej »grypy pneumokokowej« jest początek nagły, często z dreszczami, z gorączką odrazu wysoką, zajęcie górnych dróg oddechowych, spadek ciepłoty po kilku już dniach. Ale okres wylęgania jest w grypie prawdziwej bardzo krótki, kilkogodzinny zaledwo, — w tamtej zaś kilkodniowy; grypa prawdziwa może wywoływać objawy zajęcia rozmaitych narządów, — tamta ogranicza się wyłącznie do górnych dróg oddechowych; po prawdziwej pozostaje znamienne osłabienie — po tamtej nigdy go nie bywa. Postać pneumokokowa wywołuje bole głowy, które jednak nie są objawem rwy nadoczodołowej, częstej w grypie prawdziwej, lecz zależą od zajęcia zatok bocznych nosa, czołowej; niekiedy, zwłaszcza u dzieci, bywa zajęte także ucho środkowe.

Schwarzmann: **Skurczowe i rozkurczowe parcie krwi w chorobach zakaźnych** (Zentbl. f. inn. Med. 1914, 31). Według S. wskazuje wysokie parcie rozkurczowe w chorobach zakaźnych na to, że przypadek jest bardzo ciężki, gdyż świadczy o niedowładzie większych naczyń brzusznych, przy którym gromadzi się w nich przeważna część krwi. Jeżeli skurczowe parcie krwi zmniejsza się, a równocześnie rozkurczowe się zwiększa, to dowodzi to osłabienia serca; natomiast spadek parcia tak skurczowego, jak i rozkurczowego, wskazuje na zmniejszenie się napięcia (tonus) naczyń.

Yamanouchi: **Mykolizyna** (Münch. med. Woch. 1914, 40). Mykolizyna jest wyciągiem z drożdży piwnych. Wstrzykiwania mykolizyny (w dawce 20—50 cm sz.) zwiększają u człowieka leukocytozę i fagocytozę. Wstrzykiwania zapobiegawcze u zwierząt niweczą wpływ szkodliwy późniejszych podskórnych wstrzyknięć jadowitych gronkowców, zastosowane zaś 7—9 godzin po wstrzyknięciu tych mikrobów, wywołują u zwierząt rozejście się powstałego ropnia; pod tym względem ani elektrargol, ani nukleinian sodowy nie mogą iść w porównanie z mykolizyną, gdyż w doświadczeniach na zwierzętach nie zapobiegają powstawaniu ropni gronkowcowych, ani nie wywołują tak znacznej hyperleukocytozy, jak mykolizyna. Mniej stale działa u zwierząt mykolizyna wobec zakażenia paciorkowcami i dwoinkami zapalenia płuc. Działanie jej polega na wzmożeniu fagocytozy i siły opsonicznej surowicy, natomiast nie wywiera mykolizyna żadnego bezpośredniego wpływu na bakterye. r.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 24 listopada 1915 r.

Przewodniczący kol. Piltz. Obecnych członków 23.

1) Kol. Piltz przedstawił 4 przypadki **połowiczego uszkodzenia rdzenia** przy postrzale kręgosłupa z objawami porażenia typu Brown-Séquarda. We wszystkich tych przypadkach górna granica skrzyżowanego porażenia czucia bólowego i termicznego leży o kilka kręgów niżej od miejsca uszkodzenia rdzenia. Spostrzeżenia te mają pewne znaczenie dla określenia siedziby nowotworów rdzenia i potwierdzają spostrzeżenia, ogłoszone poprzednio (Piltz, Archiv für Psychiatrie 1906).

Dalej przedstawił kol. Piltz 2 przypadki **tiku** w obrębie mięśni ramion, szyi i klatki piersiowej. Pierwszy przypadek dotyczył 34-letniego robotnika kopalni, który od 4 lat miewa 3—4 razy dziennie powtarzające się napady drgawkowych skurczów mięśni ramion i klatki piersiowej, wywołujących nagle addukcyę i wyprostowanie ramion i głośny wydech. W czasie napadu mowa jest bardzo utrudniona. Po napadzie bóle w ramionach i tułowiu. O ile taki napad występuje w czasie snu, budzi chorego. Drugi przypadek dotyczy 20-letniej chorej, która z 2-letnią przerwą już od 8 lat cierpi na tik, występujący naprzemian w mięśniach tułowia, kończyn, szyi i t. d. Występuje wtedy nagłe wyprostowanie lub skrzywienie kręgosłupa, wyrzucenie ręką lub nogą, odrzucenie głowy w tył lub w bok, wreszcie głośniejsze wymawianie jednego lub drugiego słowa lub oddzielnej sylaby, w czasie rozmowy nagłe krzyknięcie lub głośny wydech, otwarcie ust, cmoknięcie, wysunięcie języka i t. p. W obydwóch tych przypadkach, zdaniem prelegenta, chodzi o tik na tle zwyrodnienia, a nie o objawy histeryi. Jaką rolę w pierwszym przypadku odegrały urazy, których chory przed kilku laty doznał, a mianowicie przed 7 laty przysypanie ziemią w kopalni i przed 4 laty pogryzienie przez psa, trudno ustalić.

Wreszcie przedstawił prelegent żołnierza, cierpiącego od grudnia z. r. na **histeryczną astazyę i abazyę z drżeniem głowy i kończyn.** Gdy chory leży lub siedzi, jest spokojny i może dowolnie władać rękami i nogami. Przy próbie wstania lub chodzenia występuje silne drżenie głowy, rąk i nóg, zupełny niedowład dolnych kończyn i niemożność utrzymania równowagi ciała, tak, iż nawet przy pomocy 2 ludzi chory ani kroku naprzód zrobić nie może. Odruchy, czucie wszędzie prawidłowe. Stan ten trwa już od grudnia 1914 r. i powstał w okopach, nagle, pod wpływem przestrachu, doznanego przez chorego w czasie snu wskutek nagłego alarmu. Gdy chory się obudził, nie mógł na nogi wstać i trząsł się cały.

W dyskusyi kol. Borzęcki zapytuje co do ostatniego przypadku, jakie jest jego rokowanie i leczenie. — Kol. Piltz podaje, że chory będzie leczony zapomocą izolacyi. Jego zdaniem stan chorego powinien się poprawić.

2) Kol. Blassberg przedstawia szczegółowo historyę choroby chorego, u którego przy **gruźlicy prosówkowej istniała dodatnia hodowla i aglutynacya bakteryi durowych.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierał głos kol. Gieszczykiewicz, zdaniem którego w tym przypadku badanie bakteryologiczne wykazało jeszcze coś więcej. — Kol. Blassberg w odpowiedzi twierdzi, że

w tym przypadku badanie bakteryologiczne z tym wynikiem mogło naprowadzić tylko na błąd dyagnostyczny.

3) Kol. Borowiecki przedstawił szereg **uszkodzeń nerwów obwodowych**, zestawiając objawy uszkodzenia nerwu promieniowego, łokciowego i pośrodkowego, niżej usadowionego (w obrębie ramienia i przedramienia), z objawami kilku postrzałów splotu barkowego w okolicy jamy pachowej. W jednym z tych ostatnich porażony był wyłącznie n. promieniowy, w drugim głównie n. łokciowy i częściowo n. pośrodkowy (laesio plexus brachialis inferior), w trzecim głównie n. pośrodkowy. Stwierdzone zaburzenia czucia uzupełniały się nawzajem, dotykając wszystkie nerwy skórne kończyny górnej: w pierwszym przypadku okolice, unerwione przez gałązki skórne n. promieniowego: n. cutaneus brachii posterior superior et inferior oraz jego ramus superficialis, w drugim przypadku obręb n. cutanei brachialis interni majoris et minoris, n. superficialis n. ulnaris, oraz częściowo r. palmaris n. mediani, w trzecim wreszcie obręb r. palmaris n. mediani oraz w mniejszym stopniu r. superficialis n. radialis i n. cutanei lateralis n. musculocutanei). Zaburzenia czucia w przypadkach porażeń n. promieniowego, łokciowego i pośrodkowego, niżej usadowionych, dotykają jedynie powierzchowne gałązki n. promieniowego i łokciowego oraz dłoniową gałązkę nerwu pośrodkowego. Jako swojego rodzaju osobliwość pokazał kol. B. jednego chorego z lekkiem uszkodzeniem n. promieniowego w jamie pachowej z zaburzeniami czucia jedynie w obrębie gałązki powierzchownej (ram. superficialis n. radialis), oraz przytoczył drugiego, spostrzeganego przez siebie z również lekkiem porażeniem uciskowem n. promieniowego w tej samej okolicy ze zmianami czucia tylko na części terytoryum jednej gałązki skórnej (n. cutaneus brachii post. inf.). W większości postrzałowych uszkodzeń nerwów obwodowych stwierdza się cechy częściowego uszkodzenia pni nerwowych (stępienie czucia, niedowłady, i t. d.), odczyn zwyrodnienia świadczy jedynie o ciężkości porażenia, względnie niedowładu i, o ile jest, stwierdzić się daje długo nawet w mięśniach, które powracają do swych czynności. Wreszcie na zakończenie przedstawił prelegent dla pokazania trudności, napotykanych przy ocenie przypadków obwodowych, przypadek postrzału przedramienia ze złamaniem obydwu kości przedramienia z porażeniem, które się okazało po większej części czynnościowem, a którego organiczne objawy z trudem tylko mogły być przypuszczalne, jakkolwiek niewątpliwie były, o czem świadczy osłabienie nierównomierne pobudliwości elektrycznej — największe w zakresie nerwu promieniowego i łokciowego.

W dyskusyi zabierali głos kol. Hirsch i Mazurkiewicz.

Sekretarz: Dr Jaworski.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie z d. 19 kwietnia 1913.

Obecnych 23 członków rzeczywistych. Przewodniczy z początku kol. Żołędziowski, następnie kol. Królikowski.

1. Kol. Budzyński przedstawił przypadek **rybiej łuski** (ichthyosis) u mężczyzny, trwający 6 lat. Dziedziczności niema.

2. Kol. Weinzieher mówił: **O nerwicy lękowej.** We wstępie mówca zaznacza, że w żadnej chyba dziedzinie nauk lekarskich niema tak nieustalonych pojęć, jak w nauce o nerwicach. Zaledwie 30 lat upłynęło, jak lekarz amerykański Beard ustalił, jako pewną jednostkę nozologiczną, neurastenię i opisał szczegółowo jej objawy, a już obecnie niewiele pozostało z tej jednostki chorobowej. I jeżeli większość neurologów dotychczas nie uznaje potrzeby osobnej jednostki chorobowej pod nazwą nerwicy lękowej, »Angstneurose«, uważając, że objawy jej mieszczą się częściowo w neurastenii, częściowo w histeryi, to inni znowu coraz bardziej uszczuplaną w ramach neurastenię doprowadzają do zera, jak to czyni n. p Stehel, który utrzymuje, że niema wcale neurastenii. To, co uchodzi za neurastenię, okazuje się, jego zdaniem, zazwyczaj albo nerwicą lękową, albo histeryą lękową (Angsthysterie), albo nerwicą »przymusową« (Zwangsneurose), albo zatruciem (Toxicose) wydzieliną wewnętrzną gruczołu, albo nierozpoznaną lekką postacią psychozy (dementia praecox, cyclothymia i t. p.) Na jedno wszakże wszyscy się zgadzają, mianowicie na znaczne zwężenie ram« neurastenii«, jako jednostki chorobowej. N. p. Lewandowsky dzieli w najnowszym podręczniku psychoneurozy na: a) neurastenię, b) nerwowe zaburzenia narządów (nervöse Organstörungen), c) wyobrażenia przymusowe, albo inaczej »myśli natrętne« (Zwangsvorstellungen), d) histeryę, e) nerwice urazowe. Przy systematyzowaniu i ustalaniu jednostek nozologicznych można brać na uwagę rozmaite czynniki. W czasach ostatnich coraz częściej oddaje się pierwszeństwo etyologii, już choćby z tego względu, że ma ona nieraz rozstrzygający wpływ i na leczenie i temsamem na rokowanie.

Nie przesądzając, czy wydzielenie z psychoneuroz osobnej jednostki nozologicznej p. n. nerwicy lękowej (Angstneurose) jest uzasadnione, przechodzi prelegent do szczegółowego rozpatrzenia genezy tej jednostki chorobowej, jej objawów, etyologii i t. d. Już w 15 lat po ogłoszeniu pracy Bearda, gdy omal nie połowa ludzkości uznana została za cierpiącą na neurastenię, uczeń Charcota, Freud, ogłasza w »Neurologisches Zentralblatt« w r. 1895 pracę p. t.: Ueber die Berechtigung von der Neurastenie einen bestimmten Symptomencomplex, als »Angstneurose« abzutrennen. (O słuszności wydzielenia z neurastenii pewnego kompleksu objawów p. n. nerwicy lękowej). Freud, biorąc na uwagę typowe objawy neurastenii, doszedł do wniosku, że zdarzają się kompleksy objawów, które powinny wobec swojej odrębnej etyologii i odrębnego mechanizmu powstawania stanowić odrębne jednostki chorobowe. Taki właśnie odrębny kompleks objawów stanowi jednostka chorobowa, nazwana przez Freuda nerwicą lękową. Przelegent kreśli następnie obraz kliniczny nerwicy lękowej, opierając się głównie na wspomnianej pracy Freuda i dziele Stehela »Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung«, a więc szczegółowo omawia rozmaite szczegóły przebiegu klinicznego, jakoto: 1) ogólną drażliwość, 2) trwożliwe oczekiwanie (ängstliche Erwartung) w rozmaitych postaciach, dochodzące czasami do obłędu wątpienia (Zweifelsucht), 3) napady trwogi (Angstanfälle), 4) szczątkowe napady lęku i równoważniki napadów lękowych, mogące się uwydatniać w tych zmianach czynnościowych ustroju, które towarzyszą zazwyczaj napadom trwogi, jak n. p. a) zaburzenia w działalności serca, bicie serca z krótką arytmią, z dłużej trwającem kołataniem (tachykardyą), aż do ciężkich stanów osłabienia działalności serca (pseudoangina pectoris), b) zaburzenia w oddychaniu, napady dychawicy i t. p., c) obfite poty, d) drżenie kończyn, e) głód wilczy, f) napadowo następujące rozwolnienia, g) napady zawrotów lokomotorycznych, h) napady tak zwanych kongestyi, co niektórzy nazywają neurastenią naczynioruchową, i) napady parestezyi (połączone zwykle z uczuciem lęku lub wogóle przykrem uczuciem).

Zastanowiwszy się szczegółowiej nad objawami sercowymi i oddechowymi i omówiwszy podane przez rozmaitych autorów wytyczne rozpoznania różniczkowego pomiędzy objawami nerwowymi, a organicznymi, przechodzi mówca następnie do dalszych objawów klinicznych nerwicy lękowej, a więc: 5) do objawu, stanowiącego pewną odmianę napadu lękowego, mianowicie bardzo często występującego przestrachu nocnego (pavor nocturnus); 6) do objawu, zajmującego wybitne stanowisko w grupie objawów nerwicy lękowej, mianowicie zawrotu, który w lekkich przypadkach występuje w postaci odurzenia, w ciężkich, jako napadowy zawrót głowy, z objawami lęku albo bez nich. Zawroty przy nerwicy lękowej należą do postaci lokomotorycznej lub koordynacyjnej, jak zawroty przy porażeniu mięśni ocznych. 7) Jako siódmy objaw kliniczny przytacza Freud dwie grupy obaw chorobowych (phobia), pierwszą, dotyczącą rozmaitych wpływów fizyologicznych, jak n. p. obawę przed żmijami, robactwem, ciemnością i t. p., drugą, dotyczącą lokomocyi, jak agorafobia; wobec tego jednak, że takie obawy chorobowe mają dużo cech histeryi, zostały one przez Stehla ujęte w osobną grupę histeryi lękowej (Angsthysterie). Następnie szczegółowiej zastanawia się mówca

nad ósmym objawem klinicznym nerwicy lękowej, mianowicie nad zaburzeniami czynności trawienia, jak skłonność do wymiotów, nudności, skłonność do rozwolnień, zaznacza trudność w odróżnieniu zmian organicznych od nerwowych i przytacza wytyczne do rozpoznania różniczkowego pod tym względem.

Rozpatrzywszy szczegółowo klinikę nerwicy lękowej, przechodzi mówca do jej etyologii, ustalając przedewszystkiem stanowisko jej śród psychoneuroz według klasyfikacyi Freuda, który poza typową neurastenią, objawiającą się uczuciem ucisku w głowie, pobudliwością rdzeniową, niestrawnością wraz z zaparciem, i pochodzącą od rozmaitych oddziaływań szkodliwych na układ nerwowy, jak n. p. przepracowanie umysłowe, rozmaite zmartwienia, nadmierna masturbacya i t. p., stwarza grupę psychoneuroz obronnych (Abwehrneuropsychosen), przedstawiających jakby obronę, do której się ustrój ucieka w pewnych razach. Do takich nerwic obronnych zalicza histeryę i nerwicę przymusową (Zwangsneurose), których mechanizm powstawania polega na dążeniu do unieszkodliwienia nieznośnych przejść życiowych, wyobrażeń, wrażeń, drogą czy to t. zw. konwersyi, t. j. przemiany siły pobudzającej afektu na zjawiska somatyczne, jak przy histeryi, czy też drogą oderwania afektu od nieznośnego wyobrażenia, które pozostaje wówczas poza kojarzeniami świadomości, a uwolniony afekt łączy się z innemi wyobrażeniami, które same przez się nie są nieznośne, i przez takie, rzec można, »fałszywe połączenie« stają się wyobrażeniami przymusowemi. W ten sposób powstaje nerwica przymusowa, »Zwangsneurose«. Obie więc te nerwice stanowią jakby obronne wyjście z nieznośnych sytuacyi psychicznych czyli konfliktów. A że w ogromnej większości przypadków wyobrażeniami, mocno zabarwionemi wzruszeniowo i znajdującemi się często w rozdźwięku z naszym świadomym kompleksem wyobrażeń, są wyobrażenia natury seksualnej, stąd wynika, że źródłem obu tych nerwic obronnych są w ogromnej większości przypadków wrażenia seksualne.

W przeciwieństwie do tych dwu nerwic, powstających drogą pewnych oddziaływań psychicznych, nerwica lękowa jest skutkiem wyłącznie somatycznych wpływów szkodliwych nieprawidłowego życia seksualnego. Dla dowiedzenia tej tezy mowca przytacza przedewszystkiem rozmaite rodzaje lęku, w jakich, według klasyfikacyi Freuda, uwydatnia się nerwica lękowa.

Wszystkie te rodzaje lęku występują i u mężczyzn i u kobiet, żyjących w niezwykłych warunkach seksualnych, niedających zupełnego prawidłowego zadowolenia płciowego, a szczególnie u osób, uprawiających coitus interruptus. Następnie, opierając się na spostrzeżeniach Freuda, które każdy lekarz we własnej praktyce stwierdzić może, przytacza prelegent fakty, potwierdzające wymienione poglądy.

Mechanizmu powstawania nerwicy lękowej, której napad wywołać zresztą może jakikolwiek powód banalny, o ile się zebrała pewna suma szkodliwych wpływów seksualnych, szukać należy w oderwaniu somatycznego podniecenia od psychiki i wskutek tego nieprawidłowego zastosowania tego podniecenia. Według poglądów Freuda, wypowiedzianych jeszcze przed 18 laty, w dojrzałym płciowo ustroju wytwarza się, prawdopodobnie stale, podniecenie seksualne. Owo podniecenie somatyczne w postaci n. p. ucisku na zakończenia nerwowe pęcherzyków nasiennych, stopniowo narasta, ale dopiero przy pewnej wysokości może przemódz opór przewodników do kory mózgowej i wyrazić się w postaci podniety psychicznej. Wtedy obecna w naszej psyche seksualna grupa wyobrażeniowa otrzymuje pewną energię i powstanie psychiczny stan napięcia lubieżnego, domagający się wyładowania tego napięcia. Takie psychiczne wyładowanie jest możliwe tylko na drodze swoistej albo równoważnej (adäquat), jak nazywa Freud, czynności. Owa czynność właściwa polega na skomplikowanym akcie odruchowym, wiodącym do zupełnego wyładowania podniecenia płciowego i na wszystkich psychicznych przygotowaniach do wywołania tego odruchu. Tylko taka czynność właściwa, przy której chwilowe podniecenie somatyczne zostaje zniesione, pozwala przewodom podkorowym odzyskać swój opór.

Obecnie z rozwojem nauki o wydzielinach wewnętrznych możemy sobie wyobrazić, że gruczoły płciowe (jajniki, jądra, stercz) wydzielają pewne toksyny, które zostają zniszczone przez antytoksyny tarczycy. Z toksynami temi wiąże się prawdopodobnie uczucie lubieżności (libido). Odurzenie lubieżne byłoby zatem ostrą lub przewlekłą intoksykacyą, jak odurzenie alkoholowe. Uczucia płciowe byłyby więc regulowane przez tarczycę i naodwrót. Związek narządów płciowych z tarczycą jest zresztą w ostatnich czasach wieloma faktami klinicznymi i doświadczalnymi zupełnie dowiedziony. Zresztą nauka o wydzielinach wewnętrznych jeszcze nie wypowiedziała ostatniego słowa i faktem jest, że istota podniecenia płciowego jest nam dotychczas nieznana. Wiemy jednak, że całkowite wyładowanie napięcia płciowego wymaga współudziału czynnika psychicznego, bez którego nie osiągamy zadowolenia zupełnego, a tem samem jakby zobojętnienia, czy też zniweczenia odurzającej toksyny. Przy najwyższem napięciu płciowem czynności swoistej, odczuwanem, jako rozkosz, występują jednocześnie takie objawy somatyczne, jak przyspieszenie oddechu, bicie serca, poty, kongestye i t. p. Otóż objawy te, towarzyszące zazwyczaj prawidłowemu wyładowaniu napięcia płciowego, połączonemu z uczuciem rozkoszy i zadowolenia psychicznego, mogą, w razie braku współdziałania psychicznego, występować samodzielnie, jako sposób wyładowania podrażnienia somatycznego seksualnego, ale już bez uczucia rozkoszy, a z afektem lęku. Dlaczego jednak przeradza się w tych przypadkach podrażnienie seksualne w afekt lęku lub strachu? Wyjaśnić sobie to możemy w następujący sposób. Afekt lęku zjawia się w duszy naszej wtedy, gdy czuje się ona niezdolną podołać zadaniu, zbliżającemu się z zewnątrz, lub odeprzeć takież niebezpieczeństwo; popada ona w nerwicę lękową, gdy się czuje niezdolną wyrównać wnętrznie (endogen) powstałe podniecenie, w danym razie płciowe. Afekt wogóle i odpowiadająca mu nerwica znajdują się w stałym stosunku wzajemnym. Afekt jest odczynem na zewnętrzne (exogen), nerwica jest odczynem na analogiczne wnętrzne (endogen) podniecenie. Afekt jest stanem prędko przemijającym, nerwica przewlekłym, ponieważ podniecenie zewnętrzne działa jak bodziec jednorazowy, wnętrzne, jak siła stała. Układ nerwowy oddziaływa w nerwicy na wewnętrzne źródło podnieceń tak, jak w odpowiednim afekcie na analogiczne zewnętrzne.

Przytoczywszy ostatnie wywody podług Freuda, mówca nie pomija poglądów innych autorów, nie uznających potrzeby wyodrębnienia osobnej jednostki chorobowej p. n. nerwicy lękowej, zwraca jednak uwagę na korzyść, jaką może przynieść podobne wydzielenie ze względu na swoistą etyologię, szczególnie, gdy idzie o leczenie.

Co do leczenia, to wydaje się ono zupełnie proste. Wystarczy usunąć czynnik etyologiczny, a cessante causa i objawy znikną. Jednakowoż usunięcie przyczyny jest w bardzo wielu przypadkach prawie niemożliwe i wtedy na pierwszy plan występuje psychoterapia, co do której rozmaici autorzy wypowiadają rozmaite, nieraz wprost sprzeczne poglądy. Tutaj bardzo wiele w każdym razie zależy od indywidualności lekarza, od jego taktu, od zdolności odcyfrowania nieraz bardzo zawiłych objawów psychicznych i oddziaływania na chorego. Tembardziej, że nerwica lękowa, jak i wogóle każda psychoneuroza, rzadko występuje w postaci czystej, odosobnionej, a najczęściej pomieszana z objawami histeryi i nerwicy przymusowej. Ze środków farmaceutycznych przeciwko objawom lęku najskuteczniej działają: brom w dużych dawkach i walidol.

W d y s k u s y i, która często wybiegała za ramy referatu, przechodząc na teoryę Freuda wogóle, brali udział kol. Starkiewicz, Puterman, Wołkowicz, Dehnel i Królikowski.

3) Kol. D e h n e l wypowiedział kilka uwag, dotyczą-

cych dalszej działalności Towarzystwa lekarskiego, podkreślając najwięcej potrzebę należytego wyzyskania materyału szpitalnego. Proponuje pokazy szpitali, sposobów leczenia, w nich praktykowanych, i ocenianie ich przez referentów, następnie odczyty, wygłaszane przez specyalistów. Te jednak nie powinny nam wystarczać; dla ożywienia działalności Towarzystwa niezbędna jest praca wszystkich. Każdy powinien postarać się od czasu do czasu przedstawić referat, czyto z jakiego nowego dzieła, czy jakiej sprawy lekarskiej, obchodzącej ogół. S. Weinzieher.

† Dr Eugeniusz Borzęcki.

Świat lekarski krakowski poniósł w ostatnich tygodniach ciężką stratę. Padł ofiarą swojego zawodu, zaraziwszy się od chorego durem osutkowym, jeden z najdzielniejszych prymaryuszów krakowskiego szpitala i jeden z szeregu tych, którzy pozostawiają po sobie w szerokich kołach koleżeńskich i społecznych głęboki żal, nietylko za wybitnym i powszechnie cenionym lekarzem, lecz także żal za człowiekiem przedewszystkiem dobrym, którego wysoko cenić musiał każdy, kto tylko Go bliżej poznał.

Dr Eugeniusz Borzęcki, ur. w Krakowie 1864 r., uczęszczał na Wydział lekarski w Uniwersytecie Jagiellońskim, a uzyskawszy tu dyplom doktora wszech nauk lekarskich, wyjechał, jako stypendysta Wydziału krajowego, na rok zagranicę, aby poświęcić się specyalnym studyom chorób skórnych i wenerycznych, jako obranej przez siebie gałęzi wiedzy lekarskiej. Przeważną część tego roku spędził w klinice prof. Neissera we Wrocławiu, z którą łączyły go ściślejsze węzły aż do lat ostatnich, resztę zaś czasu w Hôpital St. Louis w Paryżu, gdzie na oddziale Besniera zapoznał się z nowszymi poglądami szkoły francuskiej w zakresie dermatologii. Powróciwszy do kraju, osiedlił się w Krakowie, gdzie umiał pozyskać sobie bardzo wybitną praktykę, opartą na zaufaniu do Jego wiedzy fachowej i wszechstronnego wykształcenia lekarskiego. W marcu r. 1901 został powołany przez Wydział krajowy na stanowisko prymaryusza oddziału chorób skórnych i wenerycznych, opróżnione po śmierci ś. p. prof. Zarewicza. Na tem tak ważnem stanowisku pracował Dr Eugeniusz Borzęcki z niestrudzoną gorliwością aż do ostatnich dni swego życia, nietylko przysparzając sobie bardzo wiele doświadczenia i wiedzy dla dobra swoich chorych, lecz kształcąc równocześnie pod swym kierunkiem cały szereg lekarzy na dzielnych specyalistów. Przez szereg lat swojej działalności ogłosił drukiem kilkanaście prac, częściowo w »Przeglądzie lekarskim«, częściowo zaś w »Archiv für Dermatologie«. Wśród tych prac najwybitniejszą jest rozprawa »Über Impetigo herpetiformis«. Należał do najczynniejszych i najpilniejszych członków krakowskiego Towarzystwa lekarskiego, wyzyskując dla posiedzeń tego Towarzystwa zawsze cały swój bogaty materyał chorych i biorąc zawsze udział we wszystkich ważniejszych dyskusyach naukowych. To też w uznaniu tych zasług piastował godność wiceprezesa, później prezesa tegoż Towarzystwa. Brał również często udział w zjazdach naukowych poza granicami kraju, a Towarzystwo dermatologiczne w Wiedniu zamianowało Go swoim członkiem korespondentem.

Nam wszystkim, którzyśmy mieli sposobność stykać się z Nim bliżej, przypatrywać się Jego cichej, pilnej a sumiennej pracy i poznać dokładniej wszystkie zalety Jego charakteru, pozostanie po Nim niezatarte wspomnienie.

Prof. Dr Władysław Reiss.

† Dr Franciszek Neugebauer.

Dopiero po szeregu miesięcy, i to za pośrednictwem niemieckich czasopism lekarskich, dochodzi nas żałobna wieść o zgonie znakomitego przyrodnika i lekarza, najpłodniejszego z naszych pisarzy lekarskich, dr. Franciszka Neugebauera, lekarza naczelnego szpitala ewangelickiego w Warszawie.

Urodzony w Kaliszu w r. 1856 (z rodziny, od dwóch przeszło wieków w Polsce osiadłej) jako syn Ludwika Adolfa Neugebauera, profesora Szkoły głównej warszawskiej, nader zasłużonego i płodnego polskiego autora lekarskiego, studyował Franciszek Neugebauer medycynę w Warszawie i Dorpacie, gdzie też w r. 1881 uzyskał dyplom doktora medycyny. Dwa lata następne poświęcił na studya ginekologiczne w Droznie (u prof. Winckla), Lipsku (u Credego), Berlinie (u Schrödera), potem pracował jeszcze w tym przedmiocie w Paryżu, Londynie, Wiedniu i Brukseli. Osiadłszy w Warszawie, zajął tam jedno z najwybitniejszych stanowisk w świecie lekarskim.

Praca piśmiennicza ś. p. Neugebauera była wprost fenomenalna ilościowo, a niepospolitej przytem wartości. Bibliografia, którą w r. 1907 zamknął Neugebauer pierwsze 25 lecie swojej działalności pisarskiej, obejmuje 360 jego dzieł i rozpraw; dodawszy prace, ogłoszone w ostatnich siedmiu latach życia, należy ogólną ich liczbę szacować na 400 z górą. Pierwszorzędną doniosłość mają badania jego nad ścieśnieniami miednicy, nad zwężeniami i zarośnięciami pochwy, praca o ciałach obcych w macicy, a przedewszystkiem fundamentalne dzieło o obojnactwie, wydane po niemiecku p. t. »Hermaphroditismus beim Menschen«, w r. 1908, oparte na 1225 przypadkach, zebranych z niezmierną pracowitością z piśmiennictwa lekarskiego wszystkich narodów. Dzieło to ma wprost światowe znaczenie, jest bowiem jedyną w swoim rodzaju, nieprześcignioną monografią.

Nauka polska, a w szczególności ginekologia polska, poniosła przez przedwczesną śmierć Neugebauera istotnie niepowetowaną stratę. S. p. Neugebauer nietylko znakomicie posuwał polską ginekologię naprzód swemi rozległemi badaniami i mnogiemi publikacyami oryginalnemi, ale też, sam przysparzając jej swemi pracami chluby, dbał usilnie o to, aby wogóle o naszym dorobku naukowym wiedziano za granicą. Pilnie też i niezmordowanie zdawał sprawę w czasopismach obcych z naszego ruchu piśmienniczego na polu ginekologii. Czasopisma lekarskie niemieckie, zaznaczając wielkość straty, jaką ponosi nauka przez zgon ś. p. Neugebauera, nie umiały jednak, czy nie chciały o tem wszystkiem pamiętać, pisząc dosłownie: »Chociaż był poddanym rosyjskim, należał całkowicie do niemieckiej myśli i niemieckiego badania, a swoje główne dzieła ogłosił po niemiecku«.

Powołane pióra powinny sprostować to... zapomnienie, do jakiego narodu zaliczał się ś. p. Neugebauer i zaprotestować przeciw wyrządzonej Mu po śmierci krzywdzie.

Wśród nas pozostać o Nim powinna tem gorętsza i tem trwalsza pamięć.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 11. I. doroczne posiedzenie sprawozdawcze, na którem przyjęto sprawozdanie zarządu za lata 1914 i 1915, poczem dr. Wilczyński przedstawiał przypadek ostrej twardziny skóry. — Na posiedzeniu zaś w d. 26. I. 1916 przedstawił Dr Hładij dwa przypadki operowane t. zw. bolesnego zapalenia nerek i kilka przypadków operowanych tętniaków urazowych, poczem doc. Dr Radliński miał wykład: »O postępowaniu przy postrzałach stycznych czaszki«. W dyskusyach przemawiali koi. Bogdanik, Braun, Hładij, Radliński, Rosenhauch, Rosner.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Bolesław Mioduszewski rodem z Częstochowy, Władysław Sulkowski z Łosiów (gub. łomżyńska) i Wiktor Gosiewski, porucznik artyleryi Legionów polskich.

— Wydanie spuścizny piśmienniczej po ś. p. Wicherkiewiczu ma być, jak się dowiadujemy, oddane w ręce jego uczniów, prof. dr. Majewskiego, prym. dr. Witalińskiego i asystenta kliniki dr. Kleczkowskiego.

— Krakowski miejski Urząd zdrowia miał w r. 1914/15 bardzo ciężkie zadanie. Chodziło o ochronę Krakowa przed epidemiami, w czasie, gdy do Krakowa przywożono mnóstwo rannych, a pomiędzy nimi w wielkiej liczbie chorych na choroby zakaźne. Zadanie to było tem trudniejsze, że powołano do wojska wielu lekarzy i funkcyonaryuszy miejskiego Urzędu zdrowia. Ubyło 3 lekarzy okręgowych, 11 szkolnych, jeden biurowy, jeden

lekarz zakładów dobroczynnych miejskich, a także najlepsi sanitaryusze; bakteryolog miejski mógł wskutek zajęć wojskowych mniej czasu poświęcać pracowni miejskiej. Trzy okręgi lekarskie obsadzono nowemi siłami, ale lekarzy szkolnych zdołano pozyskać tylko pięciu; najtrudniej było o sanitaryuszy. Wielkiem utrudnieniem był także brak odpowiednich urządzeń sanitarnych. Z powodu zupełnego zepsucia się starego przyrządu dezynfekcyjnego trzeba było podczas oblężenia Krakowa sprowadzać i montować nowy, co połączone było z wielkiemi trudnościami. W braku szpitali dla chorób zakaźnych trzeba było urządzić prowizoryczne szpitale w trzech szkołach miejskich. — Urząd Zdrowia wystarał się w Komendzie twierdzy o zarządzenie przymusu szczepienia — zaszczepiono 85.000 osób. Dzięki wprowadzonym od sześciu lat inwestycyom i zarządzeniom sanitarnym, oraz dzięki nadzwyczajnym wysiłkom personalu lekarskiego i pomocniczego, udało się ochronić Kraków przed epidemiami. Pojedyncze przypadki, najczęściej zawleczone, udało się stłumić w zarodku. Wydatki na koszta tłumienia epidemii wzrosły znacznie (17.000 kor.). Przerwana na początku wojny budowa zakładów sanitarnych na Prądniku Białym została z wiosną 1915 r. na nowo podjęta. Budynki te zostaną ukończone z wiosną 1916.

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie powróciło do regularnej działalności. Sprawozdania z posiedzeń wkrótce ogłosimy.

— Ministerstwo oświaty zatwierdziło habilitacyę dr. Mieczysława Konopackiego z zakresu embryologii.

— Otrzymujemy następujące pismo: »Wobec coraz częściej pojawiających się wątpliwości ze strony członków, gal. Kasa dla chorych lekarzy podaje do wiadomości, że przez cały czas wojny urzędowała i urzęduje w lokalu Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej (Lwów, ul. Lindego l. 5). — Dr. Papée, przewodniczący, Dr. Lilien, sekretarz«.

— Po przymusowej przerwie budzą się do życia także prowincyonalne oddziały Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Pierwszy rozpoczął pracę Oddział w Jarosławiu, mimo, że to miasto szczególnie ciężko było dotknięte wypadkami wojennymi. 10 stycznia 1916 odbyło się doroczne Walne zgromadzenie Oddziału, na którem oprócz sprawozdania zarządu przedstawiał dr. Fechter przypadki chorobowe, a dr. Rossberger zagaił rozprawy o durze osutkowym.

— Prof. Dr Ludwik Rydygier przystąpił wspólnie z Dr Antonim Rydygierem do drugiego wydania pierwszej części swego podręcznika chirurgii, oddawna wyczerpanej, oraz do wydania części drugiej i przez to ukończenia całego dzieła.

Choroby zakaźne w Galicyi: Cholera: 31. X. — 6. XI. 1915 zachorowań 188 (śmierci 160); 7. XI. — 13. XI. zachorowań 35 (3); 14. XI — 20. XI. zachorowań 78 (39); 21 XI. — 27. XI. zachorowań 2 (1); 28. XI. — 4. XII zachorowań 7 (3). — Dur osutkowy: 5. XII. — 11. XII. 1915 zachorowań 155; 12. XII. — 18. XII. 1915 — 214. — Ospa: 12. XII. — 18. XII. zachorowań 1577, 19. XII. — 25. XII. 1915 — 1083.

Poznań. »Nowiny lekarskie« podjęły z końcem r. z. przerwane przez wojnę wydawnictwo, wydając zeszyt za r. 1915, wypełniony wyłącznie pracami kolegów z Wielkopolski. W dziale sprawozdawczym zasługuje na uznanie nacisk, położony na sprawozdania poglądowe. W r. 1915 mają »Nowiny« wychodzić jako kwartalnik. Redakcyą kieruje dr. Dziembowski (senior) przy pomocy dr. S. Szumana. — Witając z radością wznowienie jedynego czasopisma lekarskiego wielkopolskiego, życzymy mu jak najlepszego powodzenia pod nową redakcyą.

Warszawa. Dowiadujemy się, że czasopisma lekarskie warszawskie wychodzą, a jak się zdaje, nie przerywały wydawnictwa. W szczególności wychodzą napewno »Zdrowie«, »Medycyna i Kronika lekarska«. Żadne jednak z tych czasopism nie dochodzi poza obręb obszaru okupacyjnego. — Lekarze Polacy i dozorczynie polskie w Warszawie są czynni w szpitalach dla jeńców. W Warszawie daje się powszechnie odczuwać upadek praktyki prywatnej; natomiast na prowincyi wielki brak lekarzy. — Towarzystwo lekarskie warszawskie odbywa posiedzenia. Z Towarzystw lekarskich prowincyonalnych zbierało się regularnie na posiedzenia Towarzystwo lubelskie, z krótką tylko przerwą.

— Liczba słuchaczy medycyny na uniwersytecie warszawskim doszła 534.

— Przy poświęceniu nowego gmachu warszawskiego Towarzystwa higienicznego przez arcybiskupa X. Kakowskiego przemawiali: prezes Towarzystwa dr. Polak, wiceprezydent miasta inż. Drzewiecki, rektor uniwersytetu dr. Brudziński, wiceprezes Towarzystwa naukowego prof. Kryński i prezes Towarzystwa lekarskiego dr. Pawiński. Następnie dr. W. Dąbrowski podał historyę budowy gmachu, dr. Bączkowski miał odczyt: »O fizycznem wychowaniu młodzieży«, a dr. Chełchowski: »O najważniejszych zadaniach higieny ludu na ziemiach polskich«.

— Zawodowo-lekarski czeski organ »Vestnik«, wychodzący jako dodatek do »Časopisu lek. cesk.«, donosi w Nr. 1, co następuje: »Wedle pism niemieckich znajduje się w warszawskiej »Kronice lekarskiej« wiadomość, że już z początkiem wojny lekarze z Królestwa polskiego gromadnie wyjeżdżali do Rosyi. Już w sierpniu 1914 r. przybyło stu lekarzy z prowincyi do Warszawy, a stamtąd wyjechało do Rosyi. Łowicz od tegoż czasu był bez lekarzy, Łomża, gdzie zwykle było 9, a z końcem r. 1914 jeszcze 6 lekarzy, niema od pół roku ani jednego, podobnież Ostrów, Rawa, Węgrów, Wyszków. Wedle pism rosyjskich ma przebywać w Moskwie 400 lekarzy, uszłych z Polski. »Kronika lekarska« piętnuje to uchodźtwo, jako sprzeczne z etyką i godnością stanu lekarskiego«.

Z różnych stron. Wychodźtwo ludności polskiej, wywołane przez wojnę, nie będzie prawdopodobnie mogło nigdy być ujęte w ścisłą statystykę. Nawet bowiem urzędowa statystyka uchodźtwa z Galicyi, przedstawiona niedawno w Wiedniu na »Wystawie pomocy wojennej«, podaje cyfry, różniące się od obliczeń, dokonanych inną drogą. Według jednej z tablic, znajdujących się na wystawie, obliczano ogólną liczbę uchodźców wojennych w Austryi na 1,100.000, z tego 600.000 niezamożnych — według zaś wydawnictwa ministerstwa spraw wewnętrznych p. t. »Staatliche Flüchtlingsfürsorge im Kriege 1914/15« liczba uchodźców niezamożnych wynosić miała 474.546. Z tych mniej więcej 1/6 pomieszczono gromadnie w barakach. Najwięcej niezamożnych uchodźców Polaków liczono w czerwcu 1915: liczba ich wynosiła wtedy 169.666, gdy Rusinów 71.690, a Żydów 166.137. Statystyki sanitarnej z osad barakowych na wystawie nie przedstawiono; jedynie z osady w Wagna pod Lib nicą, gdzie Polaków było stosunkowo mało (najwyższy stan 14.449), podano wiadomości o durze plamistym (przez $^1/_2$ roku 545 przyp., z tego † 49). Co do uchodźtwa z Królestwa niema żadnej dokładniejszej statystyki: polski Centralny Komitet obywatelski w Piotrogrodzie szacuje liczbę uchodźców Polaków mniej więcej na 400.000.

— Wiedeńskie czasopismo lekarskie »Militärarzt«, redagowane przez dr. A. Kronfelda, zarazem redaktora »Wiener medizinische Wochenschrift«, a wydawane przez księgarnię M. Perlesa, obchodziło w styczniu r. b. 50-letni jubileusz.

Zmarli.

Dr. Maryan Bujalski, lekarz okręgowy w Obertynie zmarł w 56 r. życia 10 stycznia na dur plamisty po 7-dniowej chorobie. Śmierć zaszczytna, rycerska, przerwała przedwcześnie to życie szlachetne. Jakże Cię mam serdeczny Kolego pożegnać! Nie znałeś pochlebstw, żyłeś prawdą i sprawiedliwością, więc w obliczu Kolegów i świata poświadczam, że w prawości charakteru, w koleżeńskich uczuciach i uczynności, w sumienności lekarskiej i poświęceniu byłeś wzorem naśladowania godnym, a tak często niedoścignionym. Każdej pracy polskiej tu na kresach dawałeś początek i rozpęd, to też niechże Ci lekką będzie ta ziemia ojczysta, dla której pracę stawiałeś ponad wszystko. Zwłoki drogie, złożone na prostym wozie, ubranym zielenią staraniem obertyńskich niewiast, odprowadzili mieszkańcy całego miasteczka bez różnicy narodowości i wyznania. Łzy i westchnienia tego orszaku żałobnego niech będą ukojeniem dla zrozpaczonej Rodziny.

Dr. Piaskiewicz.

Dr. Adolf Reifer, były lekarz miejski, honorowy obywatel miasta Tarnobrzega; dr. Miron Jajus, długoletni lekarz m. Sokala, w 62 r. ż., z duru; dr. Maryan Sokołowski z Krakowa, we Lwowie, w 32 r. ż. z duru plamistego; dr. Wiktor Matczyński, lekarz Legionów, jak wieść niesie, rozstrzelany przez Rosyan już jako jeniec, za to, że ujął się za znieważonym towarzyszem niedoli, oficerem Legionów.

Znakomity chirurg angielski Sir H. Roscoe w 83 r. ż.; higienista Erisman w Zurichu; psychiatra prof. Alzheimer we Wrocławiu; anatom prof. Klaatsch z Wrocławia; internista, były minister, prof. Bacelli, w Rzymie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Pod redakcyą Dr. D. Sarasona. Monachium (J. F. Lehmann) 1915. Listopad (Cena 2 Mk.), Grudzień (Cena 2·50 Mk.). — Jak we wszystkich zeszytach tegorocznych, tak i w dwu ostatnich odzwierciedla się wpływ wojny. W zeszycie listopadowym pisze prof. Brückner: »O wojennych uszkodzeniach oczu«, Prof. Thost: »O wojennych uszkodzeniach z zakresu otorynolaryngologii«, Prof. Dick »O postępach i celach dentystyki«. W zeszycie grudniowym znajdują się rozprawy prof. Payra: »Doświadczenia z zakresu postrzałów czaszki« i prof. Langego: »Ortopedya wojenna r. 1914/15«.

Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich:

»*Nowiny lekarskie*« Nr. 1. (zeszyt na rok 1915, wydany w grudniu 1915): Karwowski: Kilka uwag nad najnowszymi postępami w dziedzinie kiły. — Z. Dziembowski junior: O zapaleniu wsierdzia trawiącem czyli nurtującem. — Szuman: Przypadek newrozy traumatycznej, spowodowanej telefonem. — K. Dziembowski: Dystrophia adiposo-genitalis. — Mieczkowski: O przepuklinie pęcherzowej. — (Streszczenia zbiorowe o durze brzusznym i leczeniu optochiną).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LV. Kraków, 1. marca 1916. Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

PROF. DR STANISŁAW DOMAŃSKI

Stanisław Domański urodził się w Krakowie w r. 1844, w Krakowie ukończył szkołę średnią i odbywał studya uniwersyteckie.

W r. 1870 uzyskał dyplom doktora medycyny, następnie chirurgii; dla uzupełnienia studyów udał się do Wiednia, poczem objął stanowisko sekundaryusza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. Jako docent nauki o chorobach układu nerwowego od r. 1871, był ś. p. Dr Stanisław Domański pierwszym przedstawicielem tej gałęzi wiedzy lekarskiej na uniwersytecie krakowskim i pionierem tego działu medycyny w kraju. Wykładami swoimi z dziedziny dyagnostyki chorób nerwowych i elektrodyagnostyki umiał on wśród uczniów Wydziału lekarskiego wzbudzać nie tylko zainteresowanie, ale i zamiłowanie do tej nowej, w owym czasie dopiero wyodrębnionej gałęzi umiejętności lekarskich.

Drukiem ogłosił prof. Domański następujące prace: »Kilka uwag nad przypadkiem porażenia nerwu twarzowego z zupełną utratą smaku« w r. 1869; »O chorobie Basedowa« w r. 1873; »O rozpoznawaniu i leczeniu porażeń tudzież o znaczeniu przypadów im towarzyszących« w r. 1874; »Podręcznik elektroterapii«, str. 322, w r. 1876; »O kile układu nerwowego« w r. 1881; »Chorobowe objawy umysłowe« w r. 1901; »Choroby mózgu« (rozdział w podręczniku Jaworskiego »Nauka o chorobach wewnętrznych«) w r. 1903, wreszcie »O nerwicy urazowej« w r. 1913. Ostatnia ta praca jest wyczerpującą monografią, opartą nie tylko na obcem, ale i na własnem 40-letniem doświadczeniu. Wszystkie te prace z najróżnorodniejszych działów neuropatologii świadczą o tem, że prof. Domański ciągle, aż do ostatnich lat życia, podążał za postępem nauki i posiadał dużą erudycyę i znajomość swojej specyalności. Pracami temi, a przedewszystkiem podręcznikami o elektroterapii i chorobach mózgu, przyczynił się prof. Domański w swoim czasie do rozszerzenia wiadomości z dziedziny neurologii nie tylko wśród uczniów, ale i lekarzy.

Ś. p. Stanisław Domański był uosobieniem i wzorem miłości dla rodzinnego miasta. Swojem idealnem umiłowaniem Krakowa, które stało się z biegiem czasu legendarnem, objął On i perłę tego miasta — prastarą Wszechnicę Jagiellonów. Do spraw uniwersyteckich odnosił się zawsze z wielkim pietyzmem i żywo się niemi interesował. To też był jednym z najlepszych znawców dziejów naszego uniwersytetu. W Radzie miejskiej, do której należał od r. 1881, był gorącym rzecznikiem spraw uniwersyteckich i zawsze, ile razy to zgadzało się z jego przekonaniem, postulaty uniwersytetu gorąco i skutecznie popierał.

W życiu ogólno-lekarskiem brał ś. p. prof. Domański w swoim czasie żywy udział. Przez półczwarta roku był redaktorem »Przeglądu lekarskiego«, współpracował w obu wydaniach »Słownika lekarskiego polskiego« w r. 1881 i 1905; dwukrotnie, a mianowicie w latach 1877 i 1878, był prezesem Towarzystwa lekarskiego.

Ze szczególnym naciskiem podnieść należy, że stosunek ś. p. Domańskiego do kolegów był zawsze idealny i pełen taktu i dobroci.

Na niwie społeczno-higienicznej położył Domański wielkie zasługi. Ktoż z nas nie wie, że Jemu Kraków zawdzięcza powstanie całego szeregu zakładów sanitarnych i instytucyi humanitarnych. On był twórcą pierwszego zakładu dezynfekcyjnego w mieście i rzeźni miejskiej, urządzonej według nowoczesnych wymagań higieny i techniki, inicyatorem wodociągu krakowskiego i założycielem Towarzystwa kolonii wakacyjnych dla dzieci.

W uznaniu zasług, jakie położył ś. p. Stanisław Domański około dobra Towarzystwa lekarskiego, wybrało Go Krakowskie Towarzystwo lekarskie swym członkiem honorowym. W uznaniu Jego pracy naukowej i dydaktycznej otrzymał na wniosek Wydziału lekarskiego już w r. 1879 tytuł profesora nadzwyczajnego, a w r. 1914 zwyczajnego profesora patologii i terapii chorób układu nerwowego. A w listopadzie roku zeszłego przy pożegnaniu, gdy po 44 latach pracy w Wydziale lekarskim opuszczał swoje stanowisko, koledzy, chcąc dać wyraz serdecznej koleżeńskiej wdzięczności i uznania za Jego pracę, wręczyli Mu na pamiątkę następujący adres:

»Umiłowałeś miłością wielką a wierną swój macierzysty, prastary Piastów i Jagiellonów gród i jego chlubę największą, »przemożnych nauk perłę«, i oddałeś im w ofierze cały swój żywot pracowity. Umiałeś dosłyszeć głos, którym omszałe mury stolicy królów naszych opowiadają przeszłość i szepczą o przyszłości; więc i pomników dawnej

świetności niezłomnie strzegłeś, i troskliwą ręką zarzewie nowego nieciłeś blasku. Strażnikiem byłeś zawsze czujnym ojczystego obyczaju, a nieporównanej mowy naszej broniłeś wśród nas od zepsucia i skazy«.

»Umiłowałeś Krakowa, Twego ukochanego Krakowa, klejnot największy, dostojną nauk Macierz, i przez lat czterdzieści i cztery twardą dla niej pełniłeś służbę, zasiewając nową, przez Ciebie z ugoru wyoraną niwę nauki«.

»Odchodząc od towarzyszy Twej pracy, obejrzyj się jeszcze za siebie, jak wschodzą rzucane przez Ciebie ziarna, jaki zastęp Twych uczniów staje u pługa, od którego odejmujesz spracowane dłonie, ile szacunku, wdzięczności i miłości zostawiasz wśród nas, dla których byłeś zawsze wzorem koleżeństwa; wtedy uczujesz, że węzeł, łączący nas z Tobą, nie zesłabnie na dalsze, oby najdłuższe a pogodne lata Twojego wypoczynku; wtedy powiesz słowo, do którego mają prawo tylko wybrani: »Diem non perdidi«.

Niestety niedługo mógł profesor Domański cieszyć się owocami swej pracy, uznaniem, jakiem go obdarzono, i zażywać zasłużonego wypoczynku. Przyszła ciężka choroba, która 12 lutego 1916 r. położyła kres Jego życiu.

Ze śmiercią profesora Stanisława Domańskiego zeszedł do grobu obok ś. p. Jordana, Pareńskiego i Jakubowskiego jeden z najbardziej zasłużonych lekarzy krakowskich i obywateli miasta Krakowa, a zarazem jedna z najpopularniejszych postaci podwawelskiego grodu. Pamięć o Nim nie zaginie. Zakłady, które stworzył, i instytucye, które do życia powołał, pozostaną trwałym pomnikiem Jego niestrudzonej i pożytecznej działalności dla dobra ogółu.

Jan Piltz.

O znużeniu

napisał

Prof. Dr. Karol Klecki.

(Dokończenie).

W znużeniu mięśni pobudliwość oraz czynność elementów właściwych, t. j. włókienek mięsnych, słabnie, nie ulegająca zaś znużeniu sarkoplazma łatwo się kurczy; stąd powstają niekiedy przykurczenia znużonych mięśni. Badania ergograficzne (Henri i Joteyko)[59]) wskazują, że zmiana czynności mięśnia jest inna, gdy sam mięsień jest znużony, jak wówczas, gdy znużone są ośrodki nerwowe, z których wychodzą podniety ruchowe do mięśnia. W znużeniu mięśnia wysokość wzniesień fali, odpowiadających poszczególnym skurczom mięśnia, obniża się, w znużeniu zaś ośrodków ilość tych wzniesień zmniejsza się. Cybulski[60]) podaje, że siła elektromotoryczna mięśni, drażnionych przez dłuższy czas, a szczególnie drażnionych aż do zupełnego znużenia, jest stale mniejsza, niż siła elektromotoryczna mięśni niedrażnionych, coby wskazywało, że przewodzenie wewnętrzne, międzywłóknowe, jest w mięśniach drażnionych większe, niż w mięśniach niedrażnionych.

W znużonych mięśniach stwierdzono także zmiany morfologiczne. Bernard[61]) zauważył w znużonych mięśniach owadów zatarte prążkowanie, Wells[62]) zaś znalazł, że mięśnie królika drażnione przez nerw kulszowy aż do znużenia, wyrodnieją woskowato, co Wells przypisuje nagromadzeniu się w mięśniach kwasu mlecznego.

Według Boucharda[63]) uczucie znaczenia powstaje nie wskutek działania na mięśnie i na ośrodki nerwowe ciał, wytworzonych przy pracy mechanicznej mięśni, ale wskutek wyczerpania zapasu glikogenu w mięśniach; atoli argumenty, jakie przytacza Bouchard na poparcie tego poglądu, nie są bynajmniej przekonywające.

Zaburzenia w układzie krążenia i oddychania w znużeniu fizycznem. Toksyczne wytwory pracujących mięśni, zaniesione z krwią do odległych od nich części ustroju, działają na nie szkodliwie; w znużeniu fizycznem ujawnia się to głównie w zmianach, jakie powstają w układzie krwionośnym, oraz w czynności oddychania.

Czynność serca przy pracy fizycznej, jak wiadomo, wzmaga się. Pracujący nadmiernie mięsień sercowy po jakimś czasie słabnie, do czego przyczynia się także i stan naczyń, porażonych, według Jacobiego[64]) przez działanie toksyn, powstałych w mięśniach przy ich pracy i wchłoniętych przez krew; rzeczony bowiem stan naczyń, związany z ich rozszerzeniem, zniewala serce do silniejszej pracy, a przeto wiedzie do jego osłabienia. Gdy zaś mięsień sercowy osłabnie, cierpi przytem i własne jego ukrwienie, co oczywiście zdolność do pracy mięśnia sercowego wielce upośledza. Do osłabienia mięśnia serca przyczynia się zapewne obok działania rzeczonych toksyn na ruchowe ośrodki naczyń, także ich działanie na ośrodki nerwów serca lub na sam mięsień sercowy, a niewątpliwie muszą nań działać szkodliwie własne jego produkty, wytworzone w nadmiarze przy wzmożonej pracy serca.

W znużeniu fizycznem zachodzą tedy warunki, sprowadzające znużenie mięśnia sercowego, a co za tem idzie, niedomogę serca, która się objawia w przyspieszeniu, osłabieniu, a potem i niemiarowości skurczów serca, biciu serca, duszności, bladości, sprowadzonej przez skurcz naczyń obwodowych przy równoczesnem rozszerzeniu się naczyń wewnętrznych, głównie jamy brzusznej, unerwionych przez nerw trzewny, w zmianie rysów twarzy, niekiedy w zemdleniu wskutek niedokrwienia mózgu; wyrazem anatomicznym niedomogi serca jest jego rozszerzenie, przyczem głównie jest upośledzony skurcz serca i przyczem może powstać szmer wskutek względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej. Powstałe na tem tle osłabienie serca, związane z jego rozszerzeniem, może po jakimś czasie

---

[59]) Henri et Joteyko. Cpt. r. Acad. des sc. Paris 1903.
[60]) Cybulski l. c.
[61]) Bernard H. Cyt. wedł. Lubarscha.
[62]) Wells H. G. Journ. of. exper. Med. T. XI. Cyt. według Fürtha.
[63]) Bouchard Ch. Traité de pathologie générale T. III.

[64]) Jacobi l. c.

przejść, przy powtarzaniu się zaś wiodącej do znużenia wytężającej pracy fizycznej, może się wytworzyć stałe rozszerzenie serca z jego przerostem lub bez przerostu, a nawet po jednorazowej bardzo wytężonej pracy fizycznej może powstać nietylko trwałe, ale i z czasem potęgujące się ostre rozszerzenie serca. Niekiedy rozszerza się w znużeniu fizycznem tylko lewa komora serca. Wiele bardzo przypadków powstałych na tem tle zmian serca i jego czynności sprowadziły w ciągu ubiegłych lat kilkunastu nadużycia niektórych sportów, zwłaszcza kolarskiego, a w ostatnim roku forsowne pochody wojenne.

Łatwość, z jaką mięsień sercowy przy wytężającej pracy fizycznej ulega znużeniu, zależy oczywiście od jego stanu przed wykonaniem danej pracy, oraz od warunków jego ukrwienia, co znowu wiąże się ze stanem naczyń wieńcowych serca. Spostrzeżenia, poczynione także i w wojnie obecnej, i to bardzo liczne, wskazują, że piwosze o przerosłym i osłabionym mięśniu sercowym pierwsi w marszu słabną (Brandenburg[65]). Tak samo u ludzi ze zmianami patologicznemi mięśnia sercowego, powstałemi na innem tle, ze zmianami sklerotycznemi naczyń wieńcowych serca, ze zmianami tych naczyń, powstałemi na tle kiły, przy pracy fizycznej łatwo serce słabnie. Okoliczność ta zasługuje bardzo na uwagę przy powoływaniu do służby wojskowej ludzi starszych.

Powstały wskutek niedomogi serca zastój w układzie żylnym wiedzie do nadmiernego rozszerzenia żył, a co za tem idzie, do niedostatecznego funkcyonowania zastawek żylnych, do upośledzenia czynności żylnie przekrwionych narządów wewnętrznych, jakoto wątroby, nerek, a stąd do powstania białkomoczu, do czego zresztą, być może, i wydalanie nagromadzonych w ustroju jadów przez nerki się przyczynia, oraz do wystąpienia obrzęków.

Niebezpieczeństwo powstania ostrej niedomogi serca w znużeniu fizycznem jest szczególnie wielkie wówczas, gdy zwiastun, oznajmiający zbliżanie się tego stanu, mianowicie uczucie znużenia, które zazwyczaj sprowadza regulacyę zmian powstałych w znużonym ustroju przez zniewolenie do potrzebnego spoczynku, do świadomości nie dochodzi. Zdarza się to głównie pod wpływem silnie działających czynników psychicznych, które sprawiają, że człowiek zwraca uwagę tylko w jednym kierunku, z pomijaniem wszystkiego innego. Tak działają niektóre afekty, jak n. p. podniecenie lub zapał wojenny, albo też uczucie strachu, które wartość uczucia znużenia, jako czynnika regulacyjnego, znacznie obniżają. Owe wpływy psychiczne mają przytem i to jeszcze znaczenie, że sprowadzając drogą ośrodków zmiany w stanie naczyń, przyczyniają się same do ich porażenia, a tem samem i do powstania niedomogi serca.

Znaczny wysiłek fizyczny, zwłaszcza u osób z obniżoną sprawnością mięśnia sercowego wskutek toczących się w nim lub przebytych spraw chorobnych, może sprowadzić śmierć nagłą przez zatrzymanie akcyi serca, czyli przez porażenie serca, albo też przez uduszenie wskutek obrzęku płuc, co się zdarza, gdy głównie lub też jedynie osłabnie mięsień serca lewego.

W znużeniu fizycznem występuje stale mniejsza lub większa duszność, potęgująca się często do t. zw. zadyszenia się. Do powstania tej zmiany przyczynia się niewątpliwie osłabienie mięśnia sercowego, które sprowadza zaburzenia w krążeniu płucnem. Głównym atoli czynnikiem, który w znużeniu fizycznem duszność sprowadza, są owe przez pracujące mięśnie wytwarzane toksyny, które doprowadzone z krwią do ośrodka oddechowego, ośrodek ten pobudzają. Toksyny te, wprowadzone z krwią znużonego zwierzęcia do układu krwionośnego zwierzęcia prawidłowego, sprowadzają u niego duszność (Geppert i Zuntz)[66]) Duszność, powstała w znużeniu fizycznem, jest tu niewątpliwie czynnikiem regulacyjnym, przyczynia się bowiem przez wzmożenie dowozu tlenu do spalenia zatruwających ustrój niedotlenionych produktów przemiany materyi pracujących mięśni. Gdy regulacyjna czynność oddechowa, jaką jest duszność, stanie się niedostateczną, może nastąpić śmierć z uduszenia.

Znane są przypadki nagłej śmierci wśród intensywnej pracy mięśni, n. p. wśród tańca; klasycznym zaś przykładem nagłej śmierci z powodu zbytniego wysiłku fizycznego jest ów żołnierz z pod Maratonu, który przyniósłszy Ateńczykom radosną wieść o zwycięstwie nad Persami, padł ze znużenia nieżywy. Marfan[67]) przytacza dwa przypadki znużenia fizycznego z zejściem śmiertelnem, jakie spostrzegał Bertherand w Algierze; jeden człowiek zmarł, przebiegłszy w ciągu 45 godzin 192 kilometrów, a drugi, przebiegłszy w ciągu 62 godzin 252 kilometrów. Przy badaniu zwłok tych ludzi stwierdzono szybkie ich stężenie pośmiertne, oraz wczesny i szybko postępujący rozkład gnilny, co się tłómaczy warunkami, sprzyjającymi rozwojowi beztlenowców; krew była we wszystkich naczyniach zupełnie czarna i płynna, przeważna część mięśni z powodu zgnilizny była zupełnie rozmiękła i przytem ciemno zabarwiona, błony śluzowe i skóra były w wielu miejscach krwią podbiegłe. Powyższe zmiany pośmiertne wskazują, że w rzeczonych przypadkach nastąpiła śmierć z uduszenia.

Niekiedy padają ze znużenia zwierzęta w biegu lub w locie, mianowicie konie wyścigowe, które zresztą dość często chorują na serce, zwierzyna przed ścigającymi ją psami, oraz gołębie pocztowe. U gołębi pocztowych, zabitych po przebyciu 500 kilometrów, znalazł Mosso[68]) przy sekcyi zmiany asfiktyczne.

Często powtarzająca się ciężka praca fizyczna, połączona z zatrzymaniem oddychania na szczycie wdechu i napięciem mięśni wydechowych, wielce się przyczynia do powstania rozedmy płuc, zwłaszcza u ludzi, u których sprężystość płuc skądinąd jest już zmniejszona.

W znużeniu fizycznem ośródki nerwowe, z których niektóre i tak już cierpią wskutek nadmiernej czynności, są wogóle poważnie dotknięte wskutek zaburzenia powstałego w krążeniu ogólnem, które sprowadza ich niedokrwienie, na co rzeczone ośrodki, jak wiadomo, wielce są wrażliwe. Świadczy o tem zemdlenie w przypadkach wielkiego znużenia fizycznego. Jacobi[69]) podnosi, że upośledzenie krążenia w ośrodkach nerwowych utrudnia powstawanie podniet psychomotorycznych, że zaś w znużeniu cierpi cały

65) Brandenburg K. Med. Klinik 1914.

66) Geppert i Zuntz. Cyt. według Chłapowskiego.
67) Marfan l. c.
68) Mosso. Cyt. według Marfana.
69) Jacobi l. c.

narząd ruchowy, przedłuża się czas utajonego zadrażnienia, mechanizm odruchowy mięśni słabnie, a przez to ruchy stają się mniej dokładne. Tem tłómaczy się częste potykanie się w znużeniu fizycznem.

Działanie ciepła w znużeniu fizycznem. Ze szkodliwem działaniem powyżej omówionych czynników łączy się w znużeniu fizycznem działanie na ustrój podniesionej ciepłoty. Działa tu zarówno ciepło, bezpośrednio związane z czynnością, wiodącą do znużenia, t. j. ciepło, wyzwolone w znacznej ilości przy intensywnej pracy mięśni, jakoteż i wysoka ciepłota otoczenia, w jakiej często wykonywa się pracę fizyczną; w tym drugim przypadku ciepło działa w znużeniu fizycznem, jako drugorzędny chorobny czynnik zewnętrzny.

Jak wiadomo, ustrój chroni się od przegrzania głównie przez zwiększenie utraty ciepła, mianowicie przez promieniowanie ciepła, a zwłaszcza przez parowanie, i to głównie w tych warunkach zazwyczaj obficie wydzielanego potu. Do tego, by ta regulacya ciepła w ustroju mogła się należycie odbywać, potrzeba, by przez naczynia skórne przepływała krew w większej, niż zazwyczaj ilości, co znowu zależy od czynności serca i sprawności ośrodków naczyniowych. W znużeniu fizycznem, wskutek nagromadzonych w ustroju toksyn, czynność serca słabnie, a nadto i ośrodki nerwowe cierpią wskutek powstałego stąd niedokrwienia, a według wszelkiego do prawdy podobieństwa także i wskutek zatrucia. Pomimo że w znużeniu ilość ciepła wytworzonego przez pracujące mięśnie szybciej się zmniejsza, niż ich skurcze, (Storring [70]), regulacya ciepła przy intensywnej pracy mięśni, zwłaszcza w wysokiej ciepłocie otoczenia, może się stać niedostateczną, co się objawia w bladości skóry i zmniejszeniu wydzielania potu, a wówczas do działania czynników chorobnych, o których wyżej była mowa, przyłącza się szkodliwe działanie przegrzania ustroju. Według Verworna [71]), szkodliwe działanie podniesionej ciepłoty na ustrój sprowadza się do tego, że wskutek przyśpieszenia różnych spraw życiowych w wyższej ciepłocie dowóz tlenu, nie zwiększony odpowiednio do potrzeby, staje się niedostateczny, a co za tem idzie, sprawy oksydacyjne nie odbywają się w należytej mierze. Zważywszy, że w znużeniu zarówno układu nerwowego, jakoteż i mięśni niedostateczne utlenianie tak wielką odgrywa rolę, jasną jest rzeczą, że przegrzanie ustroju przy pracy fizycznej potęguje powstające tu zaburzenia, skoro oba te czynniki działają podobnie, a tem samem skutki ich mogą się w ustroju sumować. Zaznacza się to wyraźnie w upośledzeniu czynności mięśni dowolnych, zwłaszcza zaś serca; wskutek pobudzenia przez ciepło ośrodka oddychania zwiększa się duszność, powstała w znużonym ustroju na tle toksycznem. Wprawdzie podniesiona ciepłota ułatwia regulacyę cieplną przez pobudzanie odpowiednich ośrodków w mózgu (Haschimoto Masakazu) [72]), jednakże czynnik ten może działać tylko dopóty, dopóki pobudliwość tych ośrodków wskutek niedokrwienia i zatrucia nie osłabnie.

Przegrzanie ustroju w wysokiej ciepłocie otoczenia wielce ułatwia znaczniejsze nasycenie atmosfery parą wodną, co utrudnia utratę ciepła ustroju przez parowanie; dlatego praca fizyczna w dni upalne, a przytem parne, tak łatwo sprowadza znużenie.

Współdziałanie znużenia fizycznego oraz wysokiej ciepłoty otoczenia zachodzi w porażeniu żarowem, a względnie słonecznem, w którem przegrzanie ustroju sprowadza hipertermię, dochodzącą niekiedy do 46° (Reprew) [73]). W porażeniu słonecznem, do którego znużenie fizyczne, jak wiadomo, wielce usposabia, występuje na pierwsze miejsce zaburzenie regulacyi cieplnej ustroju. W eksperymentach Scagliosiego [74]), wykonanych na świnkach morskich, zaburzenie to było tak znaczne, że zwierzęta przeniesione z pod promieni słońca do miejsca chłodnego, nie mogły utrzymać prawidłowej ciepłoty ciała i ginęły w hipotermii.

Doświadczenie poucza, że niemożność ugaszenia pragnienia potęguje niebezpieczeństwo czynników, współdziałających w porażeniu słonecznem.

B. Znużenie fizyczne jako czynnik chorobny.

Z powyższego przedstawienia rzeczy widać, że znużenie fizyczne, gdy jest znaczne, wkracza w dziedzinę zmian chorobnych i sprowadza w ustroju poważne zaburzenia, głównie w układzie krążenia i oddychania, które nawet niekiedy mają zejście śmiertelne. Ponadto krążące w ustroju jadowite wytwory pracy mięśni mogą sprowadzić różne zaburzenia w narządach odległych, zwłaszcza jeśli odporność miejscowa tych narządów jest z jakiegobądź powodu zmniejszona. Sądząc z eksperymentów Gueriniego [75]), w znużeniu mięśni powstają nawet w różnych narządach prawidłowych, jakoto wątrobie, nerce, przysadce mózgowej, nadnerczach, zmiany histologiczne, będące wyrazem ich odczynu na rzeczone jady, oraz oznaką nadmiernej czynności lub też wyczerpania; to samo ma powstawać po wprowadzeniu do krwi zwierząt prawidłowych surowicy zwierząt, których mięśnie tetanizowano.

Ponieważ w znużeniu fizycznem czynność ośrodków, regulujących ciepłotę ustroju, jest przez powyżej przytoczone czynniki wogóle upośledzona, powstają niekiedy wybitne zaburzenia w tym względzie, przyczem ciepłota ciała zazwyczaj się podnosi. W lżejszych przypadkach tego rzędu sprawa ogranicza się zazwyczaj do kilkudniowej niedyspozycyi ogólnej z uczuciem znużenia, zbicia, bezsennością, niekiedy zaburzeniami żołądkowemi. W przypadkach cięższych przy ciepłocie ciała, dochodzącej do 39°, powstaje krwotok z nosa, występują bóle mięśni, ścięgien, niekiedy lekki obrzęk stawów, białkomocz; stan ogólny bywa przytem niekiedy tak ciężki, że przypomina stan tyfusowy; w niektórych przypadkach zaburzenia sercowe wysuwają się

---

70) Störring. Cyt. według Franka. Frank O. Ergeb. d. Physiol. Jhrg. III. 2. Abth. 1904.

71) Verworn l. c.

72) Hashimoto Masakazu. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. T. 78, 1915.

73) Reprew A. Uczebnik obszczej patołogii. Charków 1897.

74) Scagliosi. Virch. Arch. T. 165, 1901. Ref. w Centr. f. allg. Path. u. path. Anat. 1902.

75) Guerini G. Arch. ital. de biol. 1903. Ref. w Biophys. Centr. T. IV. 1909/10.

na pierwsze miejsce. Takie gorączkowe sprawy chorobne mogą stosunkowo łatwo powstać u dzieci, uprawiających nadmiernie ćwiczenia fizyczne, a względnie sporty, przyczem zauważono, że nierzadko powstają u nich zmiany w kościach, objawiające się bólem, zwłaszcza nasad, które w kościach rosnących stanowią »locus minoris resistentiae«. Zauważono także u takich dzieci pewne usposobienie do zapalenia szpiku kostnego, co zapewne wiąże się z tą okolicznością, że szpik prawidłowy, sądząc ze stosunków, panujących w tym względzie u zwierząt wyższych (Rzegociński)[76]), prawdopodobnie i u człowieka niezawsze jest jałowy.

Że znużenie fizyczne usposabia do spraw zakaźnych, a w szczególności do samozakażenia, świadczą eksperymenty Charrina i Rogera[77]), w których świnki morskie, znużone jednodniowym lub dwudniowym marszem w odpowiednim przyrządzie, po jakimś czasie padały; we krwi, wątrobie i śledzionie tych zwierząt wykrywali Charrin i Roger liczne mikroby, a w niektórych eksperymentach stwierdzili, że były to mikroby, które przeszły do owych tkanek z jelita. Pod wpływem intensywnej pracy mięśni powstało tu tedy samozakażenie z jelita, a mikroby, które stamtąd wyszły, sadowiły się głównie w tych narządach, w których, jak to sam stwierdziłem, utajony mikrobizm w warunkach fizyologicznych bardzo często się spotyka. Tak samo stwierdził Ficker[78]) w eksperymentach na psach, znużonych bieganiem w młynku elektrycznym, wzmożenie przechodzenia mikrobów ze światła jelita do narządów wewnętrznych, jakoto do gruczołów krezkowych, do których już w warunkach fizyologicznych mikroby nadzwyczaj często przechodzą (Rogoziński[79]), Wrzosek)[80]), do wątroby i nerki; głodzenie zwierząt nużonych wzmagało przechodzenie mikrobów z ich jelita do tkanek. Charrin i Roger[81]) znaleźli że znużone szczury ulegają łatwiej zakażeniu prątkami wąglika i szelestnicy, niż szczury prawidłowe. Że znużenie fizyczne usposabia także i człowieka do spraw zakaźnych, wskazują niektóre spostrzeżenia lekarskie; stwierdzano n. p. podczas epidemii duru, że w pewnych pułkach żołnierze częściej zapadali na tę chorobę w czasie uciążliwych ćwiczeń, niż po ich ograniczeniu, a względnie zaprzestaniu; niejednokrotnie stwierdzano zapalenie wyrostka robaczkowego u cyklistów po forsownej jeździe; Heilbronn[82]) opisuje epidemię grypy podczas obecnej wojny, w której zakażali się prawie wyłącznie żołnierze, znużeni ciężką pracą fizyczną przy budowie kolei, oficerowie zaś, pracujący w tych samych warunkach, co żołnierze, zupełnie nie chorowali. Znaną rzeczą jest pogorszenie, jakie znużenie fizyczne sprowadza w stanie osób gruźliczych. Nadto znużenie fizyczne przyśpiesza rozwój rozpoczynającej się miażdżycy tętnic, pogarsza stan nerek w ich zapaleniu, co prawdopodobnie wiąże się z gromadzeniem się nowych jadów w zazwyczaj i tak już zatrutym ustroju, sprowadza pogorszenie stanu i napady drgawek w histeryi i padaczce, wywołuje napady w dnie, przyśpiesza wyniszczenie ustroju i sprowadza śpiączkę w cukrzycy, a w wielu z tych chorób, przedewszystkiem zaś w chorobach serca, przez nagłe pogorszenie jego stanu może śmierć sprowadzić. Według Funka[83]) znużenie fizyczne usposabia do beri-beri. Podczas ostatnich wojen, nie wyłączając obecnie się toczącej, stwierdzono że znużenie fizyczne ma wielkie znaczenie jako czynnik usposabiający do obłędu, a względnie wyzwalający psychozy u osobników z konstytucyą psychopatyczną (Subotitsch[84]), Weygandt[85]) Według Weygandta znużenie fizyczne, jako czynnik, wywołujący psychozy, odgrywa nawet na wojnie większą rolę, niż czynniki psychiczne. Psychozy takie powstają niekiedy już wśród boju, niekiedy zaś dopiero później, u wycofanych z pola bitwy i przeniesionych do szpitala rannych lub chorych żołnierzy.

IV. Znużenie duchowe.

Wiadomości nasze o znużeniu duchowem są znacznie mniejsze, niż te, jakie posiadamy o znużeniu fizycznem; w braku bowiem należytych eksperymentalnych podstaw fizyopatologicznych, wiadomości nasze o znużeniu duchowem opierają się prawie wyłącznie na spostrzeżeniach lekarskich.

Znużenie umysłowe powstaje wskutek nadmiernego wytężania umysłu w jakimś kierunku, znużenie zaś psychiczne ma powstawać wskutek czy to jednorazowego zadziałania jakiegoś silnego wrażenia, czy też wskutek często powtarzającego się działania wrażeń słabszych. Odróżnienie obu powyższych postaci znużenia duchowego opiera się na tem, że znużenie umysłu powstaje wskutek nadmiernej pracy mózgu, która wykonywa się z wolą osoby umysłowo pracującej, psychiczne zaś znużenie powstaje bez względu na wolę danej osoby. Odróżnienie to nie jest jednak ścisłe, znużenie umysłowe może bowiem powstać i wówczas, gdy człowiek nadmiernie wytęża umysł nad jakąś ideą, czy jakiemś zagadnieniem, które bez jego woli, a niekiedy nawet przeciwko jego woli, często lub stale w ciągu dłuższego czasu mu się nastręcza. Nadto, nie wiedząc dokładnie, jakie elementy korowe w każdej z obu postaci znużenia duchowego głównie są dotknięte, nie możemy tych spraw ściśle od siebie odgraniczyć. W dziedzinie znużenia duchowego posiadamy nieco ścisłych wiadomości o znużeniu umysłowem, znużenie zaś psychiczne nastręcza jeszcze wiele wątpliwości.

Znużenie umysłowe jest zjawiskiem w miarę szerzenia się kultury coraz częstszem. Powstaje ono nietylko u uczącej się młodzieży i ludzi, z których zawodem łączy się praca umysłowa, jakoto uczonych, pisarzy, artystów, polityków, finansistów i t. d., lecz zdarza się u ludzi wszelkich zawodów i ze wszelkich warstw społecznych, jako skutek długotrwałego wytężania myśli w jednym tylko kierunku, którego celem jest dojście do pewnego celu, czy też ziszczenie pewnych aspiracyi.

---

76) Rzegociński B. Polskie Archiwum nauk biolog. i lek. 1903.

77) Charrin i Roger. Cyt. według Marfana.

78) Ficker M. Arch. f. Hyg. T. 57, 1906.

79) Rogoziński K. Rozpr. Wydz. mat.-przyr. Akad. Um. w Krakowie 1902.

80) Wrzosek A. Polskie Archiwum nauk biolog. i lek. 1903.

81) Charrin i Roger l. c.

82) Heilbronn. Münch. med. Woch. 1915.

83) Funk C. Die Vitamine. Wiesbaden 1914.

84) Subotitsch. Münch. med. Woch. 1914.

85) Weygandt W. Münch. med. Woch. 1914.

Świadomie podjęta praca umysłowa, związana ze skupieniem uwagi na jednym przedmiocie, jest przeciwna naturalnemu stanowi umysłu, jakim jest poliideizm. Praca taka wymaga szeregu zahamowań korowych, przeto pewnego dobrowolnego wysiłku, powstałe zaś stąd znużenie umysłu sprowadza się do dobrowolnego nadużycia uwagi. To też na tem tle znużenie umysłowe powstaje tylko u osobników, umysłowo czy psychicznie poniekąd już rozwiniętych. Małe dzieci, nie mające jeszcze dostatecznie wyrobionej woli, nie mogą się zmusić do przezwyciężenia naturalnego poliideizmu, a przeto znużenie umysłowe u takich dzieci przy nauce nigdy się nie zdarza. Dopiero u dzieci starszych, zwłaszcza uczęszczających już do szkół, gdy pod wpływem osobistej ambicyi i chęci współzawodnictwa wola się w pewnej mierze wykształci, może powstać znużenie umysłowe (znużenie szkolne).

Łatwość, z jaką powstaje znużenie umysłowe, oraz jego skutki, zależy bardzo od indywidualnych własności danego osobnika. Ponieważ w znużeniu umysłowem głównie jest dotknięty ośrodkowy układ nerwowy, znużenie takie stosunkowo łatwo powstaje i ciężkie sprowadza skutki u osób z osłabionym układem nerwowym, w szczególności u osób nerwowo dziedzicznie obciążonych.

W znużeniu umysłowem cierpi przedewszystkiem kora mózgowa. W nadających się do tego przypadkach stwierdzono, że mózg przy pracy jest przekrwiony, że jego objętość się zwiększa, a ciepłota nieco się podnosi. Stwierdzono dalej, że przy pracy umysłowej zwiększa się ilość moczu, który staje się przytem bardziej wodnisty; ilość chloru, wapna i magnu w takim moczu się zwiększa, ilość zaś związków azotowych, w szczególności mocznika, oraz ilość siarki zmniejsza się; zwiększa się ilość fosforanów ziem alkalicznych, natomiast ilość fosforanów alkaliów się zmniejsza (Thorion) [86]; we krwi żyły szyjnej znajdowano cholesterynę w nieco zwiększonej ilości. Ciałem, które przy pracy mózgu głównie się rozkłada, jest, jak się zdaje, lecytyna (Fürst) [87].

Znużenie czynnych przy pracy umysłowej korowych komórek nerwowych sprowadzają niewątpliwie tesame czynniki, które sprowadzają znużenie komórek psychomotorycznych, a zatem zatrucie wytworami własnej przemiany materyi, a być może także i wyczerpanie materyału czynnościowego rzeczonych komórek.

Że w znużeniu umysłu słabną różne jego władze, świadczą badania, w których stwierdzono, że zdolność oceny czasu się zmniejsza (Ejner) [88], że myśli wolniej i gorzej się kojarzą. Joteykówna [89]) znalazła, że w znużeniu umysłowem powstaje zupełna dysocyacya odczuwania dotykania, ciepła i bólu.

Przy wytężonej pracy umysłowej mięśnie są w pewnej mierze pobudzone; czas odczynów mięśniowych skraca się, siła mięśni się zwiększa. Skurcze serca są silniejsze niż zazwyczaj, ciśnienie w tętnicach podnosi się. Oddychanie staje się nieprawidłowem: bądź zwalnia się wybitnie, bądź staje się bardzo płytkiem, niekiedy zatrzymuje się chwilowo, poczem następują głębokie oddechy, westchnienia, czasem ziewanie. Naogół różne funkcye ustroju, wzmożone w początkowym okresie pracy umysłowej, z biegiem czasu w miarę powstającego znużenia, słabną. Wszystkie te zmiany, zależne od stanu i czynności ośrodków nerwowych, niewątpliwie wpływają na stan ogólny ustroju.

Zaburzenia w dziedzinie układu nerwowego, jakie pod wpływem znużenia umysłowego powstają, sprowadzają się u osób ze stosunkowo odpornym układem nerwowym do łatwego męczenia się wszelką pracą, bezsenności, bólu głowy po przebudzeniu się, zawrotu głowy, bólu brzucha po jedzeniu, zaparcia stolca, osłabienia wzroku; u takich osób powstaje przejściowa lekka neurastenia. U osób zaś z chorobliwie wrażliwym układem nerwowym znużenie umysłowe może sprowadzić trwałe osłabienie inteligencyi, ciężką neurastenię, różne nerwice, depresyę psychiczną, a nawet obłęd ze skłonnością do samobójstwa. Według Binswangera [90]) w neurastenii nabytej sprawy dysymilacyi w układzie nerwowym są wzmożone, a jego pobudliwość jest zwiększona; w neurastenii zaś, powstałej na tle wrodzonem, sprawy asymilacyi w układzie nerwowym są słabsze, a jego pobudliwość jest zmniejszona. W chorobach gorączkowych, jakoto durze, zapaleniu płuc, przypady mózgowe są u osób umysłowo znużonych zazwyczaj ciężkie. Kiła mózgu u takich osób jest również zwykle ciężka. U osób umysłowo znużonych skóra łatwo się poci i brzęknie, łatwo powstają dyspepsye, zazwyczaj połączone z nadmierną kwaśnością soku żołądkowego (Bouveret) [91]), zaburzenia peryodu. Przebieg spraw zakaźnych jest u takich osób naogół ciężki; stwierdzono to głównie w przypadkach róży, oraz duru brzusznego u uczniów przepracowanych podczas przygotowywania się do egzaminów. Wright [92]) znalazł przy szczepieniu ochronnem przeciwdurowem wojskowych kandydatów medycyny, że odczyn gorączkowy jest u znużonych pracą do egzaminów silniejszy, a skutek szczepienia mniejszy, niż u innych, nie znużonych umysłowo osobników. Wytężona praca mózgowa, sprowadzająca znużenie umysłowe, może tedy być poważnym czynnikiem chorobnym.

Co się zaś tyczy t. zw. znużenia psychicznego, które ma powstawać na tle doznanych wrażeń, to w większości przypadków, zaliczanych do tego rzędu, zachodzi co najmniej wielka wątpliwość, czy tu istotnie jakiekolwiek znużenie, a względnie wyczerpanie w grę wchodzi.

Jednorazowe silne wrażenia, sprowadzają, jak wiadomo, różne ostre zaburzenia w ustroju, niekiedy nawet śmiertelne. Zaburzenia te powstają odruchowo, przez przeniesienie się stanu czynnego z ośrodków psychicznych na różne ośrodki ruchowe, czuciowe, naczynioruchowe i wydzielnicze, przyczem często różne czynności ustroju zostają zahamowane. W takich przypadkach działa zatem chorobotwórczo nie znużenie, ale przeciwnie, pobudzenie pewnych ośrodków. Jeżeli zaś po zadziałaniu jednorazowego silnego wrażenia powstają jakieś trwałe zmiany chorobne w dziedzinie ośrodków mózgowych, jakoto osłabienie inteligen-

[86]) Thorion. Thése de Nancy 1893. Cyt. według Marfana.

[87]) Fürst L. Therap. Monatsh. 1903.

[88]) Ejner M. Inaug. Diss. Dorpat 1899.

[89]) Joteyko J. Recherches algésimétriques. Cyt. wedł. Now. lek. 1904.

[90]) Binswanger. Cyt. wedł. Verworna.

[91]) Bouveret. Cyt. wedł. Marfana.

[92]) Wright. Cyt. według Nettera. Netter, Bull. de l'Inst. Past. 1906.

cyi, utrata pamięci, depresya psychiczna i t. p., to zmiany te sprowadzić należy raczej do trwałego uszkodzenia danych ośrodków, niż do ich znużenia.

Psychozy, powstałe po doznaniu jakiegoś silnego wrażenia, a według dość często spotykanego określenia, na tle »wyczerpania psychicznego«, są w czasie pokoju wogóle rzadkie, a przytem występują prawie wyłącznie u osobników, już skądinąd do psychoz usposobionych (Stierlin)[93]. Na wojnie takie psychozy zdarzają się częściej, ale i tutaj, według zgodnego zdania psychiatrów niemieckich, głównie u ludzi z konstytucyą psychopatyczną, u których, jak wiadomo, nietylko czynniki psychiczne, ale i różne czynniki somatyczne, jakich na wojnie nie brak, mogą wywołać wybuch psychozy. Otóż nie ulega żadnej wątpliwości, że wśród licznych czynników, jakie mogą się przyczynić do wyzwolenia, czy nawet wywołania psychozy, silne napięcie duchowe, trwające przez czas dłuższy, jak to się zdarza na wojnie, wielką odgrywa rolę. Czy jednak takie napięcie duchowe sprowadza psychozy, a względnie wyzwala je wskutek wtórnego znużenia lub wyczerpania ośrodków psychicznych, jest rzeczą bynajmniej jeszcze nie dowiedzioną.

Tak samo nie można twierdzić, by zaburzenia, powstałe w ustroju na tle często powtarzających się w ciągu dłuższego czasu, choćby stosunkowo słabo działających czynników psychicznych, jakoto obawy, zmartwienia, gniewu i t. p., wynikały naogół ze znużenia psychicznego. Zaburzenia te, w których niekiedy wytwarza się z czasem zmiana morfologiczna, jakoto rozszerzenie serca, miażdżyca tętnic, powstają albo jako pośredni, a względnie dalszy skutek częstego pobudzania narządów do nadmiernej czynności, przez co dany narząd cierpi, albo też jako skutek zaburzenia przemiany materyi, jak n. p. cukrzyca, otyłość, kamice, których etyologia, o ile jest poznana, często się łączy z nieprawidłową czynnością gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, oraz związanem z nimi unerwieniem. O wyczerpaniu psychicznem w przypadkach tego rzędu można myśleć jedynie wówczas, gdy na tle często powtarzającego się działania czynnika psychicznego powstaje stan depresyi psychicznej, utrzymujący się przez czas dłuższy.

Ze ścisłych badań fizyologicznych nad układem nerwowym i układem mięsnym wynika, że wszelka czynność każdego z tych układów wiąże się ze wzmożeniem toczących się w nim spraw dysymilacyjnych. W stanie znużenia przeto, powstałym wskutek nadmiernej czynności, gdy dysymilacya w danym układzie jest w stosunku do asymilacyi znacznie zwiększona, istotna regulacya zaburzeń, powstałych wskutek znużenia, musi się sprowadzać do przywrócenia prawidłowego stosunku dysymilacyi do asymilacyi, a zatem do odpowiedniego zmniejszenia dysymilacyi, a zwiększenia asymilacyi. Nadto, ze względu na toksyczność wytworów narządów pracujących, unieszkodliwienie tych wytworów przez ich utlenienie, a względnie wydalenie ich z ustroju, jest w regulacyi tych zaburzeń rzeczą nieodzowną.

To też samo podniesienie asymilacyi przez zwiększenie dowozu materyału czynnościowego, jakoto cukru w pracy fizycznej, a organicznych związków fosforu, zwłaszcza lecytyny, w pracy mózgu tylko w pewnej mierze przeciwdziała znużeniu. Gdy zaś wystąpią ze znużenia pochodzące zaburzenia, których tło jest toksyczne, tylko znaczne ograniczenie spraw dysymilacyi, przy której owe jady się wytwarzają, stwarza warunki pomyślne dla regulacyi tych zaburzeń, a mianowicie przez to, że nowych jadów wówczas już nie przybywa, a już wytworzone jady spalają się w ustroju lub zeń się wydalają.

Takie warunki zachodzą w spoczynku, zwłaszcza zaś we śnie, w którym wszelkie bodźce zmysłowe działać przestają, czynność znużonych części i związane z nią sprawy dysymilacyjne w bardzo znacznej mierze się zmniejszają, a natomiast asymilacya dowiezionego materyału czynnościowego w znużonych częściach niepomiernie wzrasta. To też naturalny regulator znużenia, jakiem jest uczucie tego znużenia, do spoczynku i snu znużony ustrój zniewala. W tych zaś przypadkach patologicznych, w których czy to uczucie znużenia zawodzi, czy też z powodu nadmiernego podniecenia ustroju spoczynek i sen w naturalny sposób nastąpić nie mogą, należy sprowadzić je sztucznie, albowiem tylko przez to powstałe w znużeniu zaburzenia, o ile nie przekroczyły pewnej miary, mogą się w zupełności wyrównać.

[93]) Stierlin. Deutsche med. Woch. 1911. Cyt. wedł. Weygandta.

W sprawie rozróżnienia ospy prawdziwej i ospy wietrznej

na podstawie kilkunastoletniego doświadczenia

podał

Dr Józef Friedberg

st. lekarz powiatowy (Brody).

Jak inne graniczne powiaty wschodniej części kraju tak i powiat brodzki był przed wojną tą placówką sanitarną i przedmurzem, o które odbijały się choroby zakaźne (cholera azyatycka, dur plamisty, wąglik, ospa), przenoszone z głębi Rosyi przez ruch podróżnych i stosunki pograniczne.

W czasie od r. 1900 do r. 1914 stwierdzono przypadków ospy prawdziwej:

R.	1900	w	Kaniowie	11.	R.	1906	w	Bielawcach	5.
»	»	»	Kutyszczach	1.	»	»	»	Dytkowcach	4.
»	»	»	Brodach	1.	»	»	»	Starobrodach	1.
»	»	»	Litowiskach	2.	»	»	»	Gajach starobrodzkich	1.
»	»	»	Podkamieniu	11.					
»	»	»	Założcach	5.	»	»	»	Brodach	1.
»	»	»	Blichu	27.	»	»	»	Brodach	2.
»	»	»	Brodach	13.	»	1907	»	Brodach	3.
»	»	»	Dudyniu	2.	»	»	»	Brodach	4.
»	»	»	Milnie	8.	»	1912	»	Brodach	2.
»	»	»	Brodach	17.	»	»	»	Folwarkach mał.	1.
«	1905	»	Brodach	1.	»	1914[1])	»	Hałubicy około	85.
»	1906	»	Brodach	25.	»	»	»	Pieniakach	37.
»	»	»	Koniuszkowie	6.					
								Razem	276.

[1]) Z chwilą inwazyi rosyjskiej w sierpniu 1914 i zniknięcia granic kraju, a wskutek tego zaniedbania środków zapobiegawczych przeciw przenoszeniu się epidemii z Rosyi, tak inne choroby zakaźne, jak i ospa, przybrały charakter rozległych epidemii. Do Hołubicy została ospa zawleczona przez tren armii Brusiłowa i stała się punktem wyjścia epidemii, dotąd

W tym samym okresie sprawdzono urzędowo przypadków ospy wietrznej w mieście Brodach i gminach powiatu brodzkiego około 712. Przypuścić ich należy daleko więcej, ponieważ znaczna część lekkich postaci chorobowych usuwa się prawie zawsze z ewidencyi.

Wszystkie, wyżej sumarycznie zestawione przypadki ospy rodzimej, ciekawe częstokroć ze względu na proweniencyę, pod względem klinicznym i epidemiologicznym nie budzą wielkiego zajęcia. Pod względem rozpoznawczym nie przedstawiały one również większych trudności, jakkolwiek przebieg ich, postać chorobowa i nasilenie były różne, — począwszy od najlżejszych postaci ospy poronnej (variola abortiva) aż do najcięższej postaci ospy czarnej.

Dwa przypadki ospy złagodzonej (variolois i v. abortiva), spostrzegane w roku 1912 w Brodach, i w ścisłej etyologicznej łączności z nimi będący przypadek w Folwarkach wielkich były przedmiotem kontrawersyi rozpoznawczej między lekarzami i dlatego pozwalam sobie przebieg ich i szczegóły etyologiczne podać do publicznej wiadomości.

Dnia 11. marca 1912. wpłynęło urzędowe doniesienie Magistratu brodzkiego o pojawieniu się ospy w mieście. Udawszy się niezwłocznie na miejsce, stwierdziłem, co następuje:

M. C., 26. lat liczący kupiec, handlujący zbożem rosyjskiem. W dzieciństwie przebywał choroby, wiekowi dziecięcemu właściwe, z zakaźnych odrę. Był raz szczepiony na lewem ramieniu z dodatnim skutkiem, o czem świadczą blizny poszczepienne. Przed kilkoma miesiącami ożenił się. W drugiej połowie lutego b. r. jeździł do Rosyi, mianowicie do miejscowości Czudno, Sławuta, Szepetówka. W okolicy Szepetówki miał się zetknąć, a nawet jeździć z jakimś mężczyzną, który przebył chorobę wysypkową, prawdopodobnie ospę, której ślady świeże były widoczne. Dnia 4. marca, po powrocie do domu, dostał M. C. dreszczu, poczem pojawiła się gorączka, ból krzyżów i zaczerwienienie skóry, które nawet wzbudziło przypuszczenie płonicy (rash). Zaczerwienienie to znikło, a następnie po 4 dniach, a więc 9. b. m., pojawiła się wysypka na głowie i twarzy w postaci ograniczonych pryszczów i rozszerzyła się następnie na tułów i kończyny. Z chwilą tą gorączka, która dotychczas miała być wysoka, ustąpiła.

Stan obecny: Mężczyzna wzrostu miernego, dość wątły, nie gorączkuje. Skóra twarzy, tułowia i kończyn pokryta ograniczonymi, wyraźnie guzkowatymi wykwitami wielkości soczewicy do małego grochu bez zaklęśnięcia (Delle), dość gęsto rozsianymi, miejscami już okrytymi strupkami, przedstawiającymi wszędzie tęsamą postać morfologiczną, w tym samym okresie rozwoju. Błona śluzowa jamy ustnej bez zmian, narządy wewnętrzne również, lekki obrzęk śledziony, na lewem ramieniu blizny poszczepienne.

Na podstawie tego rozpoznałem ospę rodzimą w postaci złagodzonej (variolois), a utwierdziło mnie w tem rozpoznaniu jeszcze bardziej podanie Dr. A., który przypadek ten śledził od początku i zawiadomił mnie, że przez kilka dni silnej, do 40° C dochodzącej gorączki nie było żadnej wysypki, — wreszcie zgodne rozpoznanie Dr. B., wezwanego przez Dr. A. do narady.

W obec tego zarządziłem jak najdalej idące środki sanitarno-policyjne i poruczyłem lekarzowi miejskiemu tej dzielnicy przeprowadzenie szczepienia z konieczności, któremu prócz części mieszkańców tego domu poddała się 10/3. również żona chorego, 23-letnia S. C. — Dalszy przebieg kliniczny tego przypadku był zupełnie prawidłowy, wykwity niektóre uległy zropieniu, inne przeobrażeniu wstecznemu bez ropienia, a gorączka już się nie powtórzyła.

W kilka dni po stwierdzeniu tego przypadku oświadczył mi przy sposobności widzenia się ze mną Dr. C., który przypadek ten badał jako lekarz kasy chorych, że uważa chorobę za ospę wietrzną, a gdy delegowany z ramienia c. k. Namiestnictwa Dr. D. również potwierdził moje rozpoznanie, aprobując wszystkie zarządzenia sanitarne, Dr. C. wezwał do narady innych lekarzy, którzy znowu byli tego zdania, co Dr. C., tak że wszyscy niemal lekarze brodzcy podzielili się na dwa obozy; jedni rozpoznawali ospę prawdziwą, drudzy ospę wietrzną, a rozpoznanie swe opierali na lekkim przebiegu, braku zagłębienia (Delle) w wykwitach, na pozornej różnokształtności tych wykwitów, które gdzieniegdzie wskutek drapania przedstawiały inne wejrzenie, wreszcie na braku ropienia guzków.

Dnia 20/3. zachorowała żona M. S. śród zupełnie podobnych, jeszcze lżejszych objawów i zupełnie poronnego przebiegu, a badanie, przedsięwzięte wspólnie z Dr. A. d. 22/3., wykazało kilka typowych guzków na twarzy, szyi i kończynach, które wykwitły po 2 dni trwającym okresie gorączkowym. Z dwu blizn świeżego powtórnego szczepienia (rewakcynacyi) jedna przedstawiała wybitny odczyn w postaci zaczerwienienia i guzkowatego obrzmienia, nie osiągnąwszy rozwoju zupełnego typowej krosty poszczepiennej[1]).

Przypadek ten rozpoznaliśmy jako poronną postać ospy rodzimej (v. abortiva). Chora już 25. b. m. zupełnie wyzdrowiała.

W dniu 27/3. przeprowadzono dokładne końcowe odkażenie, poddano ozdrowieńców dwukrotnej kąpieli i więcej ani w tej rodzinie (małżeństwo było bezdzietne), ani w tej kamienicy, w której mieszka kilka rodzin z dziećmi, nie pojawiła się żadna choroba, przebiegiem do ospy zbliżona, a więc ani ospa prawdziwa, ani wietrzna.

Wezwani znowu przez lekarza kasy chorych, Dr. D., lekarze Dr. D., Dr. E., Dr. F., rozpoznali w przypadku tym na podstawie lekkiego przebiegu ospę wietrzną (varicella) i wobec tego »a posteriori« ustalili swe pierwotne rozpoznanie co do pierwszego przypadku, twierdząc, że skoro ten przypadek jest typową postacią ospy wietrznej, to i pierwszy musiał nią być, — kiedy nasze rozpoznanie właśnie tu znalazło potwierdzenie w odwrotnem znaczeniu. Ta różnica zapatrywań znalazła nawet oddźwięk na szpaltach fachowych i niefachowych dzienników i odbiła się również w usposobieniu mieszkańców zapowietrzonego domu, zamieszkałego prawie wyłącznie przez kupców, stale utrzymujących stosunki z Rosyą, z których 9 nie chciało się poddać szczepieniu z konieczności.

Dnia 23/3. zgłosiła żandarmerya podejrzany przypadek w Klekotówce, tuż przy granicy rosyjskiej, w odległej od Brodów o 8 km. dawnej karczmie. Przypadek ten dotyczył 16-letniej, szczepionej i rewakcynowanej F. C., kuzynki M., których ona kilkakrotnie w Brodach przed ustaleniem rozpoznania odwiedzała. Zachorowała ona 17/3., a więc równocześnie z S., wśród zupełnie podobnych, nieco cięższych, aniżeli u S., objawów, a badanie wykazało wybitne ślady szczepionej ospy i skąpą wysypkę guzkową na twarzy i kończynach górnych w postaci zupełnie analogicznej do opisanych wyżej przypadków, która to wysypka pojawiła się po dwudniowym okresie utajenia gorączki 38·2° C. — Na podstawie tych objawów, w uwzględnieniu ścisłej łączności etyologicznej tego przypadku z brodzkimi, rozpoznałem ospę złagodzoną (variolois) i zarządziłem znowu jak najdalej idące środki ochronne. Tego samego dnia, 23/3., poddałem szczepieniu z konieczności, rodzinę chorej, t. j. matkę, ciotkę, sługę, wartownika, tudzież 4-miesięczne nieszczepione dotąd dziecię. Dwoje dzieci, w wieku 3—7 lat, miały wybitne blizny poszczepienne, i tych nie szczepiłem. — Również mieszkańcy obok położonych koszar żandarmeryi, straży skarbowej i ich rodziny poddali się szczepieniu z konieczności. Do szczepienia użyłem krowianki z rządowego zakładu z daty 20/3 t. r.; szczepienie przyjęło się u wszystkich osób w liczbie 21, między temi i u zaszczepionego 4-miesięcznego dziecka. — Dalszy przebieg tego przypadku znowu był analogiczny, jak wyżej opisanych i gorączka nie powtórzyła się. Dnia 26/4 t. r. przeprowadziła brodzka służba sanitarna odkażenie końcowe.

Przypadek ten pozostał również zupełnie odosobnionym. Ani z dzieci, ani z dorosłych, dawniej, względnie świeżo szczepionych, nikt dotąd nie zachorował wśród jakichkolwiek objawów wysypki skórnej, pomimo ścisłej bezpośredniej styczności tak dzieci, jak dorosłych z chorą przez cały czas choroby.

Do najcięższych, najdrażliwszych i pełnych odpowiedzialności zadań lekarza urzędowego pierwszej instancyi należy rozpoznanie pierwszych przypadków chorób zakaźnych ostrych, od ścisłości bowiem rozpoznania zależy całe dalsze postępowanie w kierunku zarządzeń sanitarno-policyjnych. Ponieważ najczęście zarządzenia te, o ile mają być celowe, muszą być doraźne, nie cierpiące zwłoki, przeto lekarz urzędowy występuje tu nietylko w roli znawcy, ale

---

jeszcze nie wygasłej. Władze rosyjskie odmówiły poparcia akcyi, zmierzającej do stłumienia epidemii w zarodku.

[1]) Według Jochmana szczepienie.

i władza wykonawcza, względnie decyzya co do dalszego postępowania należy do niego, a to w myśl ustawy z d. 30/4. 1870. dz. p. 68. § 8. b., wedle którego lekarz urzędowy jest obowiązany w razie niebezpieczeństwa, nie cierpiącego zwłoki, wkraczać bezpośrednio pod własną odpowiedzialnością.

Jak z jednej strony mylne rozpoznanie choroby zakaźnej tam, gdzie jej niema, pociąga za sobą szereg środków sanitarno-policyjnych, dla chorego, jego najbliższego otoczenia, a nawet szerszych warstw ludności dotkliwych, a zupełnie niepotrzebnych, — tak z drugiej strony przeoczenie choroby zakaźnej, względnie mieszanie lekkich postaci groźniejszych chorób zakaźnych, mających doniosłe znaczenie sanitarno-policyjne, z chorobami podobnemi, ale takiego znaczenia nie posiadającemi, ma skutki jeszcze fatalniejsze. Zaniedbanie bowiem pierwszych doraźnych środków ochronnych z chwilą pojawienia się pierwszego przypadku paraliżuje, albo przynajmniej wielce utrudnia całą akcyę dalszego tłumienia w razie epidemicznego rozszerzenia się choroby, narażając szersze warstwy ludności. W przypadkach wątpliwych, pozostawiając rozpoznanie w zawieszeniu, kierujemy się zasadą, że lepiej być przygotowanym na najgorsze, t. j. zarządzić wszystko, jak w razie pewnego rozpoznania. Zasada ta jest słuszną, godzi się z naszem sumieniem urzędowego lekarza, zyskuje nawet aprobatę u inteligentnej publiczności, nie mówiąc już o kolegach praktykach, którzy w takim przypadku z pewnością będą się starać wpływem swoim ułatwić nam czynność urzędową i wytłómaczyć osobom odosobnionym konieczność tego »malum necessarium«. Mimo to taki fałszywy, aczkolwiek ze stanowiska nauki zupełnie uzasadniony alarm, nie daje nam tego zadowolenia wewnętrznego, jakie powinno dać ścisłe spełnienie obowiązku, a co więcej, gdy się okaże alarmem fałszywym, budzi niechęć bezpośrednio interesowanych, a nawet może chwilowo podkopać naszą opinię lekarską. Najdrastyczniejszym przykładem byłby przypadek w tym kierunku, wzbudzający podejrzenie co do cholery azyatyckiej. Każdy z nas, kto już spotkał się z tym groźnym nieprzyjacielem i badał wiele podejrzanych przypadków, przypomni sobie emocye, jakie przechodził przy krytycznem ocenieniu takiego przypadku, a najdoświadczeńszy i osiwiały w służbie lekarz urzędowy, jakkolwiek wyrobił sobie zapewne pewien »sit venia verbo» policyjny spryt i da sobie radę, to jednak częstokroć musi rozpoznanie uczynić zależnem od wyniku badania bakteryologicznego, gdyż tylko wynik takiego badania jest naukowo rozstrzygający. Kto zaś uprzytomni sobie, jak daleko sięgają dziś środki ochronne, które muszą być natychmiast wykonane, a które z powodu jednego przypadku rozciągają się na dziesiątki zupełnie zdrowych osób, ich ruchomości i nieruchomości, krępują ich stosunki osobiste, a nawet wolność, ten zrozumie, jakiego niemiłego uczucia, wprost niesmaku doznaje się, skoro badanie wykaże, że przypadek nie był cholerą azyatycką, żeśmy zatem spełnili wprawdzie nasz obowiązek, ale niepotrzebnie zużyli wiele energii i trudu i spowodowali niepotrzebne wydatki i ograniczenia. — Tosamo odnosi się do innych chorób zakaźnych i dlatego ścisła dyagnostyka chorób zakaźnych, oparta na wszelkich nowszych sposobach badania, powinna być obowiązkową, specyalną wiadomością wszystkich lekarzy urzędowych.

Dzięki szczepieniu ochronnemu i rewakcynacyi dzieci dziesięcioletnich przy zastosowaniu przymusu pośredniego stała się dziś ospa chorobą rzadką, tak rzadką u nas w kraju i w Austryi w ogóle, że tylko sporadyczne przypadki świadczą o tem, iż choroba ta nie wygasła i przypominają, że w razie zaniedbania doraźnych, jaknajdalej idących środków ochronnych mogą być punktem wyjścia rozległej i trudno dającej się opanować epidemii. Dziś całe pokolenie młodszych, a nawet i trochę starszych lekarzy zna ospę tylko z podręczników, może z atlasów i modelów, w praktyce się z nią wcale nie spotkało. Potrafimy na podstawie opisu obrazu klinicznego rozpoznać typowe przypadki ospy, wiemy, jaki jest stosunek ospy prawdziwej do ospy wietrznej, stosunek obu tych chorób do szczepienia, ale wobec pierwszego przypadku ospy poronnej, względnie jej postaci złagodzonej, nasuwają się częstokroć wątpliwości w rozpoznaniu. A przypadki takie, gdzie ospa prawdziwa nie występuje w całym swym typowym obrazie, ale ogranicza się tylko do kilku guziczków, właściwie dziś nie należą do rzadkości, ba nawet z powodu dobroczynnego wpływu szczepienia są bardzo częste. Dawniej lekki przebieg kliniczny zacierał w praktyce prywatnej różnicę między ospą poronną (v. abortiva), a ospą wietrzną (varicella), a to tembardziej, że środki sanitarno-policyjne w takich przypadkach nie były tak ściśle przestrzegane, jak my je dziś stosujemy. Dziś właśnie te lekkie przypadki, pod względem klinicznym bez znaczenia, pod względem sanitarno-policyjnym są bardzo ważne i doniosłe i wystawiają na próbę całą energię rozpoznawczą lekarza urzędowego. One to właśnie bowiem, będąc niejako ambulatoryjnymi, usuwają się z ewidencyi i częstokroć zaciemniają źródło i poszczególne etapy epidemii. Z ust byłego sekundaryusza szpitali wiedeńskich słyszałem, że przypadek ospy w Wiedniu przed kilku laty był dla lekarzy wiedeńskich, którzy ospy nie widzieli, takim trudnym problematem dyagnostycznym, dopóki dalszy przebieg nie ustalił rozpoznania. Dziś wprawdzie raźnym krokiem zbliżamy się do idealnie naukowego rozpoznania ospy prawdziwej, t. j. jesteśmy na drodze poznania zarazka chorobotwórczego ospy, a szczepienie treści krosty ospowej na rogówce królika ma być pewnym środkiem rozpoznawczym, mimo to zawsze jeszcze szczegóły powstania, rozwoju i przebiegu choroby odgrywają ważną rolę w rozpoznaniu, choćby dla kontroli wyżej wymienionego środka rozpoznawczego i odwrotnie. Dlatego sądzę, że nie będzie od rzeczy roztrząsnąć wszystkie, dotychczas przez autorów podawane szczegóły rozpoznawcze w porównaniu z własnem kilkunastoletniem doświadczeniem, z uwzględnieniem głównie rozróżnienia ospy prawdziwej od ospy wietrznej.

Przystępując do rozbioru objawów, odróżniających ospę prawdziwą w jej postaci złagodzonej (v. abortiva, variolois) od ospy wietrznej (varicella), należy mieć na względzie: 1) że rozpoznanie powinno opierać się na wszystkich dających się sprawdzić i wyzyskać objawach i całym przebiegu, nie na jednym tylko objawie; 2) że ospa nie jest wyłącznie chorobą skórną, podobnie jak błonica nie jest chorobą gardła, ale chorobą ogólną zakaźną ze szczególniejszą lokalizacyą na skórze; 3) że ani ciężki przebieg nie jest w przypadkach wątpliwych znamiennym dla ospy rodzimej, ani lekki przebieg dla ospy wietrznej.

Mając to zastrzeżenie na oku, uwzględniamy w celu odróżnienia ospy rodzimej od ospy wietrznej następujące metody badania, względnie objawy chorobowe i szczegóły przebiegu:

I. Źródło zakażenia. Zbadanie źródła i sposobu zawleczenia wątpliwego przypadku następuje wprawdzie dopiero po ustaleniu rozpoznania, a to celem zarządzenia środków zapobiegawczych przeciw możliwości dalszego zakażenia z tego źródła, jest ono jednak niemniej pośrednio pomocniczym środkiem w rozpoznaniu. Jeżeli cokolwiek za tem przemawia, że wątpliwy przypadek w sposób bezpośredni lub pośredni stoi ze względu na pochodzenie w związku przyczynowym z notorycznym przypadkiem choroby zakaźnej, to jest to okolicznością, z którą również w rozpoznaniu liczyć się należy. Jeżeli n. p. dochodzenie wykaże, że podejrzany przypadek bezpośrednio lub pośrednio zawleczony został z Rosyi, albo z innego kraju, gdzie szczepienie nie jest obowiązkiem, i to z okolicy, w której ospa notorycznie panuje, to okoliczność ta praktycznie może być zużytkowana na korzyść rozpoznania. Przy takich wywiadach musimy zawsze, szczególnie u ludności mniej oświeconej, liczyć się z celowem tajeniem cennych dla nas częstokroć szczegółów, a to bądź celem uniknięcia ewentualnie surowych środków sanitarnych, bądź z obawy przed karą za przemytnictwo (bardzo często). Dlatego przy dochodze-

niu takiem pytania powinny być zawsze pośrednio, a nie wprost skierowane, a takt przy pewnej rutynie ułatwi nam zebranie potrzebnych szczegółów.

W r. 1908 zachorowała w Brodach F. L., żona kursora weteranów, zamieszkała wraz z mężem w lokalu, w którym złożone były rekwizyta weteranów. Przy dochodzeniu zauważono płaszcz żołnierza rosyjskiego, kupiony według podania niedawno w Radziwiłłowie. Płaszcz ten miał być przerobiony na zarzutkę. Ponieważ podówczas w Radziwiłłowie panowała notorycznie ospa, a jak wiadomo, w Rosyi przypadki chorób zakaźnych nie są traktowane pod względem sanitarnym z należytą surowością, przeto płaszcz ten zwrócił uwagę na możliwość ospy, a późniejszy przebieg tego, zrazu niejasnego przypadku odpowiadał obrazowi złagodzonej ospy.

Nie ulega wprawdzie wątpliwości, że pochodzenie przypadku tylko pod pewnymi warunkami może rzucić światło na rodzaj choroby, gdyż równie dobrze mogła być zawleczona z Rosyi i ospa wietrzna, jakkolwiek choroba ta, nie traktowana tak surowo pod względem sanitarnym, rozszerzona jest bez względu na granice kraju.

II. Wywiady. Wywiady w ścisłem tego słowa znaczeniu powinny być dokładne i obejmować nietylko całą historyę obecnej choroby, ale i całe życie dotychczasowe, a przedewszystkiem przebyte choroby zakaźne, a więc przebytą ospę prawdziwą lub wietrzną; powinny wyświetlić, czy chory był szczepiony, kiedy i ile razy, z jakim skutkiem, i powinny być porównane z wynikiem badania. W ogólności i tu należy wszystkie szczegóły przyjmować z zastrzeżeniem, poddać surowej krytyce lekarskiej i dopiero wtedy uważać je za podstawę do wniosków.

III. Wiek. Prawie wszyscy autorowie podręczników klinicznych zgadzają się, że ospa wietrzna jest chorobą »par excellence« wiekowi dziecięcemu właściwą, a obejmującą okres pierwszego dziesięciolecia, gdy natomiast skłonność do zasłabnięcia na ospę rodzimą od wieku zupełnie nie zależy. Częstsze względnie przypadki ospy prawdziwej u dorosłych tłómaczą autorowie zbawiennym wpływem szczepienia, któremu w Niemczech i Austryi pod wpływem bądź bezpośredniego, bądź pośredniego przymusu poddaje się dzieci w pierwszem dziesięcioleciu (Lange, Bruckner, Gluziński) Statystyka Badera wykazuje 573 przypadków ospy wietrznej poniżej 10 lat, 9 w wieku 10—20 lat, 2 w wieku 20—40 lat. Biedert wspomina o jednym przypadku w 18. roku życia, gdzie wszystkie objawy zrazu były niejasne i dopiero skoro po zaszczepieniu dwóch osób z otoczenia ze skutkiem nie pojawiła się ospa złagodzona, wniósł, że to była ospa wietrzna, jakkolwiek to właśnie powinno było przemawiać za ospą rodzimą (Strümpel, Comby). Statystyka Kantonu Bazylejskiego podaje w latach 1875 do 1906 na 6014 przypadków 24 ponad 20 lat, a przeważającą większość w wieku do 10 lat. W powiecie brodzkim stwierdzono od roku 1903 712 przypadków ospy wietrznej, a w wykazach znajduje się tylko jeden przypadek wyżej 10 lat w gminie Chmielno, który dotyczył 13-letniej dziewczynki. Tobeitz (Differentialdiagnose der akuten Exantheme) uważa wiek powyżej 15 lat za wykluczający prawie ospę wietrzną. »Besondere Schwierigkeiten werden sich dann entgegenstellen, wenn bei einem Falle nur sehr spärliche, schlecht gebildete oder schon zerstreute Haut-Effloreszenzen nachgewiesen werden können, deren Entwickelung und eventuelle Begleiterscheinungen nicht beobachtet werden konnten, auch wenn nähere aetiologische Momente unbekannt sind. Ein solcher Fall könnte, wenn er einen Erwachsenen betrifft, schon aus diesem Grunde mit ziemlicher Sicherheit als Variolois gelten etc.«. Licząc się jednak z okolicznością, że od tej reguły, ustalonej doświadczeniem lekarskiem, mogą być wyjątki[1]), sądzę, że prawie na pewno możemy na podstawie wieku późniejszego (po 14 r. życia) wykluczyć ospę wietrzną, jeżeli śród dalszego przebiegu epidemii zapadną na wątpliwą chorobę wyłącznie osoby starsze (w naszych przypadkach 17—30 lat), a dzieci szczepione, będące przez cały ciąg choroby w bezpośredniej styczności z chorymi, pozostaną zdrowe. Podnieść to należy tembardziej, że wiek dziecięcy jest wiekiem uprzywilejowanym w ogóle dla ospy wietrznej, a według Tobeitza z chorób zakaźnych tylko na odrę dzieci częściej zapadają. Jeżeli zatem według wszystkich prawie klinicystów ospa wietrzna u starszych jest białym krukiem, to zapadanie na podejrzaną wysypkę skórną o charakterze ospowym większej liczby osób starszych, a odporność dzieci szczepionych i narażonych na zakażenie jest szczegółem, przynajmniej znacznie kwestyonującym ospę wietrzną.

IV. Typ anatomiczny osutki. Prawie wszyscy autorowie z mniejszym lub większym naciskiem podnoszą jako zasadniczą różnicę między ospą rodzimą, a ospą wietrzną, zupełnie odmienną postać wykwitów. W przebiegu ospy rodzimej zasadniczym typem jest guziczek, czyli ograniczona, do wielkości grochu dochodząca wypukłość skóry (naciek), na której dopiero później rozwija się pęcherzyk o charakterystycznem zaklęśnięciu. Zasadniczą natomiast postacią osutki ospy wietrznej (varicella) jest czerwona nie nacíekła plamka, często owalna, na której bez okresu guziczkowego rozwija się pęcherzyk wielokomorowy o delikatnych, łatwo pękających ściankach, treści zrazu wodojasnej. Wyjątkowo mogą i pęcherzyki ospy wietrznej być w środku zagłębione (Tobeitz). Nie wszystkie plamki przekształcają się w pęcherzyki, a to z powodu drapania lub ugniecenia, a tylko część ich w miejscach, zabezpieczonych od ucisku i urazu, rozwija się w charakterystyczny sposób. Niektóre z nich przez wtargnięcie zarazków ropotwórczych zamieniają się w ropne krosty, szczególnie u osobników, dotkniętych jakąś skazą[1]).

Ponieważ, jak to później jeszcze omówimy, wykwity skórne ospy wietrznej nie rozwijają się równocześnie, ale jedne wcześniej, drugie później, przeto jedne znajdują się w okresie rozwoju, gdy drugie już ulegają lub uległy przeobrażeniu wstecznemu. Toteż charakterystycznym obrazem osutki ospy wietrznej będą: równocześnie obok siebie istniejące poronne lub rozwinięte pęcherzyki, brunatnawe lub czerniejące strupki, ewentualnie krostki i wrzodziki. Kto spostrzegał wiele przypadków ospy wietrznej, temu z pewnością utkwił w pamięci ten charakterystyczny obraz osutki skórnej, zbliżonej czasami do obrazu świerzbu, przy którym drapanie jako mechaniczny czynnik również odgrywa rolę.

Zupełnie odmienna jest morfologia ospy rodzimej w jej postaci poronnej (v. abortiva) i złagodzonej (variolois). Tu znajdujemy zawsze guziczki, choćby tylko kilka na twarzy i kończynach, i choćby nawet nie uległy zropieniu. Guziczki te możemy stwierdzić zapomocą gołego oka i zapomocą lupy, a nawet zapomocą dotyku. Na wystawie higienicznej w Dreznie w r. 1911 na modelach po mistrzowsku przedstawiono tę różnicę morfologii obu chorób. Ale i tu świąd i drapanie może pociągnąć za sobą zmianę postaci guzka, a guzek rozdrapany, zwłaszcza, jeżeli jest niewielki, może sprawiać wrażenie plamki świeżo wykwitłej. Kilka takich rozdrapanych, zwłaszcza na delikatnych miejscach skóry znajdujących się guzków obok innych, będących w okresie

---

[1]) Z nowszych autorów Jochmann twierdzi, że ospa wietrzna występuje daleko częściej u dorosłych, aniżeli to w ogólności przyjmujemy. Tenże autor twierdzi wogóle, że i inne choroby wysypkowe, jak odra, płonica, są tylko dlatego wiekowi dziecięcemu właściwe, że osoby dorosłe już je przebyły i dlatego nabrały odporności. Lenz opisuje 4 przypadki ospy wietrznej, które wystąpiły w jednej rodzinie, matki nie wyłączając, podaje jednak, że przebieg zbliżony był do ospy, którą wykluczył na podstawie dodatniego wyniku szczepienia u dziecka w sześć miesięcy po przebyciu tamtej choroby (Med. Wochenschrift str. 1138 z r. 1913). St. (Korrespondenzblatt für Schw. Aerzte 1913. T. 43 str. 1913) opisuje 3 przypadki ospy wietrznej u dorosłych, opierając się w rozpoznaniu na leukopenii i kilkakrotnem skutecznem szczepieniu.

[1]) Jochmann twierdzi na podstawie badań bakteryologicznych, że ani krosta ospowa, ani krosta krowiankowa nie zawiera przez pewien okres czasu bakteryi ropnych.

rozwoju, może dać podstawę do twierdzenia, że wykwity skórne nie powstawały równocześnie, ale etapami, i być powodem rozpoznania ospy wietrznej, o czem mnie własne przypadki pouczyły. Taki rozdrapany guziczek może być zatem furtką dla tego, kto za wszelką cenę chce utrzymać się przy rozpoznaniu ospy wietrznej. Że przypadki ospy złagodzonej o bardzo niewielu, kilku zaledwie wykwitach nie należą do rzadkości (Tobeitz), jest rzeczą pewną. Również nie są wyjątkami takie przypadki ospy poronnej (v. abortiva), gdzie guzki zupełnie nie ulegają zropieniu (Cemach) i nie mają charakterystycznego zaklęśnięcia (Delle), zwłaszcza u osób niedawno, albo nawet wogóle raz w życiu szczepionych, nie biorąc już w rachubę łagodnego charakteru epidemii (genius epidemicus). Kto spostrzegał większe epidemie ospy, niezawodnie musiał widzieć obok typowych przypadków rozwiniętej ospy rodzimej takie poronne przypadki, i to w obrębie jednej rodziny.

V. P r z e b i e g. Samo się przez się rozumie, że ustrój w przypadkach takich skąpych, a lekkich zmian skórnych również nie oddziaływa tak, jak przy silnem zakażeniu, którego wyrazem znowu są ciężkie objawy skórne, czyli że poronne przypadki ospy rodzimej odznaczają się również lekkim przebiegiem. W obec tego nie możemy lekkiego przebiegu choroby uważać za szczegół, przemawiający za ospą wietrzną w przeciwstawieniu do ospy rodzimej. Mairinger podaje, że w czasie epidemii wiedeńskiej w r. 1907 wskutek szczepienia z konieczności już w pierwszym okresie wylęgania lekki przebieg choroby był regułą. Mianowicie nie było rumienia zwiastunowego, nie było gorączki w okresie ropienia, ilość wykwitów była mniejsza, blizny mniejsze, a ponieważ ogólne objawy nie sprawiały dolegliwości, przeto przypadki te, jako ambulatoryjne, były powodem przenoszenia się choroby na dalszą odległość (Pribram). A jednak według wszystkich wyżej wymienionych autorów przebieg ospy złagodzonej (variolois) i poronnej (v. abortiva) jest wręcz odmienny od przebiegu ospy wietrznej. Przy ospie prawdziwej regułą jest krócej lub dłużej trwająca gorączka przed wykwitaniem osutki (stadium initiale), gdy przy ospie wietrznej gorączka pojawia się dopiero z chwilą wytwarzania się etapowego wykwitów skórnych i może towarzyszyć wykwitaniu każdej świeżo wykwitłej grupy. Biegański (Dyagnostyka różniczkowa) kładzie objaw ten na czele, jako wręcz wyłączający ospę wietrzną Prawda, że w okresie tym w poronnych postaciach ospy często brak innych objawów, na podstawie których możemy spodziewać się ospy, jak zmian w jamie ustnej i gardle, brak rumienia przedospowego, ale zawsze dokładne spostrzeganie, względnie wywiady wykażą ten okres utajenia. Okres ten w pierwszych przypadkach uważany bywa często za inną chorobę, grypę, płonicę i t. p., a dopiero po tym, czasem kilka dni trwającym okresie pojawiają się wykwity skórne. Z tą chwilą gorączka ustępuje, a pojawia się ewentualnie znowu dopiero jako wyraz odczynu w okresie ropienia[1]). Naturalnie tego nawrotu gorączki nie ma w przypadkach poronnych i złagodzonych, bo, jak wyżej nadmieniono, nie wszystkie guziczki ulegają ropieniu, czasem ani jeden (Cemach), nie ma więc i odczynu.

VI. C z a s i k o l e j n o ś ć w y s t ę p o w a n i a w y k w i t ó w uważa większość autorów również za podstawę do rozróżnienia ospy rodzimej od ospy wietrznej. Gdy w przebiegu ospy prawie wszystkie guziczki powstają równocześnie, a zatem odpowiadają wszystkie pewnemu okresowi rozwoju, to plamki ospy wietrznej, przeobrażające się w pęcherzyki, rozwijają się nie równocześnie, ale e t a p a m i, jedne prędzej, drugie później. Przedstawiają się zatem w chwili badania w różnych okresach rozwoju: raz jako plamki, to znowu jako poronne lub rozwinięte pęcherzyki, brunatnawe strupki, krostki, wrzodziki, a wszystko to obok siebie. Nadto przy takich etapowo coraz świeższych wykwitach skórnych oddziaływa ustrój gorączką, która może zatem kilkakrotnie pojawiać się i znikać. Wreszcie rozwój i całe trwanie wykwitów jest znacznie krótsze; z plamki, bez przejściowego okresu guziczka, rozwija się pęcherzyk o cieńszych ściankach, mniej napięty i nie połyskujący (wskutek delikatniejszej anatomicznej budowy tych wykwitów). Przeobrażenie wsteczne jest również krótsze, tak, że cała sprawa wykwitania i zasychania trwa tylko kilka godzin. Tak więc krótkie trwanie, krótki rozwój poszczególnych wykwitów i ich wielopostaciowość jest znamieniem ospy wietrznej. Comby z właściwą francuskim autorom plastyką opisuje przebieg ospy wietrznej: »Osutka rozpoczyna się plamkami czerwonemi. Te plamki bardzo prędko przeistaczają się w pęcherzyki lub pęcherze koliste albo owalne, usadowione w zupełnie powierzchownej warstwie naskórka. Pęcherze zawierają płyn przezroczysty i jasny, są rozsiane na owłosionej części głowy, tułowiu i kończynach. Naprzód znajdujemy ich 15 do 20, nazajutrz 40 do 50, następnego dnia występują nowe, a stare mętnieją i przysychają i w ten sposób można naliczyć 3 do 8 okresów wysypki. Pęcherzyki tracą wkrótce przezroczystość. Już na drugi dzień przeistaczają się w pryszcze, niektóre nawet pępkowato wciągnięte; niekiedy w pęcherzykach znajdujemy treść krwawą. Po 3—4 dniach pęcherze zmniejszają się, przysychają i pokrywają się cienkim strupem, czasem wskutek wypływu krwi zabarwionym na czarno. Wskutek drapania mogą powstać blizny. Omyłek uniknąć łatwo, gdyż najłagodniejsza nawet ospa rodzima nie daje przezroczystych pęcherzy«.

VII. W p ł y w s z c z e p i e n i a k r o w i a n k ą. Jak wiadomo, jednym z głównych argumentów, które obaliły unitaryzm, czyli uważanie ospy rodzimej i wietrznej za tęsamą chorobę, był niezbity pewnik doświadczalny, że szczepienie krowianką nie wywiera żadnego wpływu na ospę wietrzną, t. j. nie wytwarza ani bezwzględnej ani względnej odporności wobec tej choroby, natomiast na ospę prawdziwą wywiera wybitny wpływ, wytwarzając odporność czynną. Wpływ ten polega na wprowadzeniu do ustroju niezwykłą drogą, t. j. przez skórę, zarazków krowianki, które według obecnych pojęć są identyczne z zarazkami ospy rodzimej (ciałka Guarnierego?) i wytworzeniu odporności, równorzędnej odporności czynnej nabytej przez przebycie ospy prawdziwej o lekkim przebiegu. Wpływ ten jest niezaprzeczony i to tak przy szczepieniu ochronnem, jak i przy szczepieniu z konieczności. Ciekawe szczegóły przytacza Mairinger z epidemii wiedeńskiej w r. 1907. Stwierdził on, że z 39 ciężko chorych ani jeden nie był szczepiony, na 79 lekko chorych zaś tylko 9, t. j. 5·5%, było nieszczepionych. Dalej stwierdził on, że szczepienie z konieczności w pierwszych dwóch dniach po zarażeniu się już może być środkiem ochronnym, tak że choroba nie rozwija się; ani w jednym przypadku nie rozwinęła się ospa, jeżeli szczepienia dokonano przed 8 dniami. Szczepienie w późniejszym okresie wylęgania wywierało z reguły wpływ łagodzący na przebieg choroby we wszystkich okresach: osutki wstępne były skąpsze, okresu ropienia nie było, albo nieznaczny, ilość wykwitów skąpsza, blizny mniejsze i powierzchowniejsze, aniżeli u nieszczepionych. Ponieważ i ogólne objawy były lekkie, więc chorzy tacy, uważając się za zdrowych, mogli przenosić chorobę na dalszą odległość. Jeżeli zatem w odosobnionym wątpliwym przypadku da się niewątpliwie stwierdzić korzystny wpływ szczepienia z konieczności u otoczenia, to mamy »a posteriori« i »ex reactione« wskazówkę, przemawiającą za ospą prawdziwą. Nie będzie może od rzeczy nadmienić tutaj, że przy powtórnem szczepieniu (rewakcynacyi) należy uważać choćby słaby odczyn ranki szczepiennej, występujący po kilku dniach, za objaw pomyślnego wyniku szczepienia. Szczepienie dokonane ze skutkiem u osoby, która już przebyła podejrzaną chorobę, (o ileby zresztą dopuszczalne było takie szczepienie tylko »experimenti causa«),

---

[1]) Jochmann (Pocken u. Vaccinationslehre, Leipzig und Wien 1913) twierdzi stanowczo, że w przebiegu żadnej choroby zakaźnej nie napotykamy tego dla ospy znamiennego nagłego spadku gorączki i uczucia ulgi (euforyi) z chwilą wykwitu osutki. Również znamiennym objawem wedle tego autora jest niezwykle silny ból krzyżów.

przemawiałoby za przebyciem ospy wietrznej, jakkolwiek u osób skłonnych przyjmuje się szczepienie wyjątkowo po przebyciu ospy rodzimej. (Z czasów wojskowych przypominam sobie z dobrym skutkiem przeprowadzone szczepienie u rekruta, którego ciało było pokryte bliznami takiemisamemi, jak po przebytej ospie rodzimej).

Jak widzimy, opisane objawy mogą być mniej lub więcej wybitne, a różnie spostrzegane i dla celów rozpoznawczych rozmaicie użytkowane; dlatego musimy z radością powitać i uważać za epokowe odkrycie:

VIII. Mikrobiologiczny odczyn ospy prawdziwej, względnie stwierdzenie ciałek Guarnierego w rogówce królika, szczepionej treścią krosty ospowej, w przeciwstawieniu do zupełnie ujemnego wyniku takiego szczepienia przy ospie wietrznej.

W r. 1887 Pfeiffer i Loew spostrzegli w preparatach drobnowidowych z treści pęcherzyków ospy prawdziwej ciałka, które uważali za pierwotniaki i przypisywali im rolę zarazków chorobotwórczych. Tesame twory opisał w r. 1892 badacz włoski Guarnieri w preparacie drobnowidowym ze spojówki królika, do której wszczepił limfę ospy, i podobnie jak Pfeiffer i Loew przyznał im znaczenie chorobotwórcze. Na tem tle rozwinął się spór, dotąd jeszcze nie rozstrzygnięty, z którego wyłoniły się trzy zapatrywania: 1) że ciałka Guarnierego nie mają swoistego znaczenia, a są tylko produktem zwyrodnienia komórek; 2) że występują one tylko przy ospie rodzimej, a są produktem rozpadu leukocytów; 3) że występują one tylko przy ospie rodzimej, a są produktem rozpadu komórek. Na podstawie licznych, bardzo sumiennych badań, głównie Wasielewskiego, przyjęto, że ciałka Guarnierego są w ścisłym związku z ospą prawdziwą, ponieważ wykazać je można w treści pęcherzyków tak na skórze, jak i na błonie śluzowej, oraz w rogówce królika, zaszczepionej treścią krost, wyłącznie tylko w ospie prawdziwej, zresztą w żadnej innej chorobie. Natomiast pytanie, czy ciałka Guarnierego są tylko produktem zwyrodnienia komórek, występującym tylko przy prawdziwej ospie, czy też same są tymi drobnoustrojami, które wywołują ospę, dotychczas nie jest rozstrzygnięte. To pojawianie się ciałek Guarnierego tylko przy ospie prawdziwej wyzyskano dla rozpoznania różniczkowego tam, gdzie rozpoznanie kliniczne waha się między ospę prawdziwą i wietrzną. W tym celu szczepi się na rogówkę królika treść pęcherzyka, a jeżeli po kilku dniach w zeskrobanej powierzchownej warstwie nabłonkowej rogówki stwierdzimy drobnowidowo obecność ciałek Guarnierego, to rozpoznajemy ospę prawdziwą. Bez względu więc na to, czy ciałka Guarnierego są zarazkiem chorobotwórczym, czy też nie, są one zjawiskiem, charakterystycznem dla ospy, podobnie, jak ciałka Negriego dla wodowstrętu. Pfeiffer opisuje przypadek, w którym u syna szynkarza w Weimarze pojawiła się wysypka, rozpoznana przez lekarza, jako ospa złagodzona (variolois). To rozpoznanie podano jednak w wątpliwość i uważano chorobę za ospę wietrzną. Dla ustalenia rozpoznania zaszczepiono treścią krosty rogówkę u trzech świnek morskich; po 48 godzinach znajdowały się w nabłonku rogówki charakterystyczne ciałka Guarnierego, a późniejszy przebieg wykazał, że to była istotnie ospa złagodzona (L. Pfeiffer 1900).

Podobnie jednak, jak w innych chorobach zakaźnych badanie bakteryologiczne względnie serologiczne nie czyni zbytecznem uwzględnienia i innych czynników rozpoznawczych, tak i przy rozróżnieniu ospy rodzimej od ospy wietrznej niepoślednią rolę i nadal odgrywać będą wyżej wymienione szczegóły kliniczno-rozpoznawcze, choćby z tego powodu, że na próbę mikrobiologiczną potrzeba dość długiego czasu.

W każdym razie sądzę, że dla kontroli byłoby pożądaną rzeczą nawet w jasnych przypadkach badać treść krost przez czas dłuższy[1]).

[1]) Badanie krwi ma wedle nowszych autorów wykazywać znamienną różnicę, a mianowicie: przy ospie prawdziwej leukocytoza 10.000—20.000 i silna większość leukocytów. Zmniejszona ilość leukocytów (leukopenia) na szczycie choroby (stadium floridum) przemawia przeciw ospie prawdziwej, a za ospą wietrzną. (Oesterr. Sanitätswesen N. 32, 1913).

Piśmiennictwo: 1) Tobeitz: Diff. Diagnose der Anfangsstadien der akuten Exantheme 1908. — 2) Lachowicz i Barzycki: Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych 1900. — 3) Daimer: Handbuch der oesterr. Sanitätsgesetze 1896. — 4) Cemach: Differential-diagnostische Tabellen. München 1910. — 5) Wilczyński: Choroby zakaźne. — 6) Lange-Brucker: Grundr. d. Krankh. des Kindesalters. Leipzig 1896. — 7) Strümpell: Lehrb. der spez. Pathol. u. Ther. Leipzig 1896. — 8) Voit: Lehrb. d. akuten Infektionskr. — 9) Biedert-Vogel: Lehrb. d. Kinderkr. 1887. — 10) Biegański: Dyagnostyka różniczkowa. Warszawa 1896. — 11) Handb. d. ges. Therapie. Jena 1911. — 12) Pribram: Oesterr. Sanitätswesen N. 15. 1912. — 13) Comby: Les maladies des enfants. — 14) Prowazek: Handb. der pathog. Protozoen. Leipzig 1911. — 15) Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskr. 1903. — 16) Postulka: Oesterr. Sanitätswesen N. 8. 1913. — 17) Jochmann. Pocken und Vaccinationslehre. Wien und Leipzig 1913. — 18) Otto Lenz: Deutsche med. Woch. S. 1148. 1913. — 19) Baümler: Münch. med. Woch. S. 1361, 1913. — 20) C. Stoebli: Korrespondenzbl. für Schw. Aerzte. S. 193, 1913.

Z zakładu medycyny sądowej U. J. (Dyrektor: Prof. Dr L. Wachholz).

O modyfikacyi odczynu dyalizacyjnego Abderhaldena

podał

Dr Jan Olbrycht.

Badania Abderhaldena i jego uczniów nad zaczynami, znajdującymi się we krwi, zwłaszcza zaś rozszczepiającymi białko, stały się w dzisiejszej dobie, jak o tem świadczy prawdziwy potop publikacyi, ogniskiem badań naukowych w ogólności, w szczególności zaś badań, dotyczących rozpoznawania ciąży zapomocą tej metody.

Istota odczynu polega, jak wiadomo, na tem, że zaczyny w surowicy kobiet ciężarnych rozszczepiają duże, nieprzechodzące przez dyalizatory drobiny białka ugotowanego łożyska na mniejsze, tj. na peptony, polypeptydy i kwasy aminowe, które posiadają zdolność dyalizowania. Jeżeli zatem pomiędzy surowicę i białko łożyskowe z jednej strony, a wodę z drugiej strony wstawimy dyalizator, to małe, już rozszczepione drobiny przejdą przez dyalizator i można je wtedy w wodzie chemicznie wykazać; natomiast nic dzieje się to z surowicą kobiet nieciężarnych.

Metoda, której techniki bliżej nie podaję, ponieważ jest znana z licznych publikacyi, a bardzo szczegółowo, jasno i dokładnie przedstawiona w monografii Abderhaldena (Abwehrfermente des tierischen Organismus, wydanie III, 1913), jest dość trudna, wymaga bardzo dokładnej roboty i znajomości rozmaitych źródeł błędów. Najważniejszem źródłem powstawania błędnych wyników przy A—R (odczynie Abderhaldena), co wszyscy badacze podkreślają, są rurki dyalizacyjne (dyalizatory). Jak sam Abderhalden podaje (l. c. str. 182), nie nadaje się do użycia średnio 20—30%, a niekiedy nawet do 80% rurek dyalizacyjnych, wyrabianych przez firmę Schleicher i Schüll. Ale i wypróbowane już dyalizatory mogą stać się powodem omyłek. I tak przez przypadkowe uszkodzenie, np. przy czyszczeniu, mogą stać się przepuszczalne dla białka lub przez ewentualne za długie gotowanie nieprzepuszczalne dla peptonów. Stąd wynika potrzeba ciągłego próbowania rurek. Przy wykonywaniu samego odczynu może przez niezbyt ostrożne

napełnianie rurki, a następowe niezbyt jej dokładne opłukanie dostać się nieco surowicy blizko wolnego brzegu rurki tak po wewnętrznej, jak i zewnętrznej stronie, a stąd do wody i być w następstwie powodem fałszywego wyniku odczynu. Do tego dołączają się jeszcze: stosunkowo wysoka cena rurek, zabierające dużo czasu wypróbowywanie ich, czyszczenie, tudzież przechowywanie.

Toteż metodę, którąby dawała bez użycia dyalizatorów tesame wyniki, co oryginalna, należało gorąco powitać, zwłaszcza z praktycznych względów jako uproszczenie metodyki, pominąwszy już możność uniknięcia omyłek, z jakiemi, jak wspomniałem, jest połączone postępowanie dyalizacyjne. Wśród licznych mniej lub więcej zasadniczych modyfikacyi, które Abderhalden poddał surowej krytyce, należy wymienić dwie: pierwsza podana została przez L. Michaelisa i Lagermarcka, o której Abderhalden wyraża się: (M. m. W. 1914. Nr 15. str. 807). »Die Methode lässt sich ausbauen und ohne Zweifel auch speziell bei Anwendung der Vordialise für die Ninhydrinreaktion ausarbeiten«, a druga podana została przez samego Abderhaldena przy użyciu barwnych substratów.

Według obu tych modyfikacyi wykonałem szereg prób równolegle z oryginalnym odczynem dyalizacyjnym celem przekonania się, o ile wyniki zgadzają się wzajemnie.

Michaelis i Lagermarck w swoich badaniach nad A—R, ogłoszonych w Nr. 7 »Deutsche medic. Wochenschrift« z r. 1914, w których doszli do przekonania, że we krwi ciężarnych nie istnieją swoiste zaczyny, — zastosowali także metodę, nazwaną przez siebie »Enteiweissungsmethode« lub »Eisenmethode«, polegającą na pozbawieniu surowicy białka przez to, że koloidalne białko zostaje przez drugi koloid t. j. koloidalny wodorotlenek żelaza strącone (Michaelis i Rona); natomiast nie udaje się to z albumozami i peptonami. Metoda ta, której technikę miałem sposobność osobiście poznać, pracując w tym czasie w pracowni L. Michaelisa w Berlinie nad odchyleniem dopełniacza, przedstawia się w szczegółach, jak następuje:

Do czystej i jałowej małej próbówki wlewa się 1·5 cm³ badanej surowicy. Do drugiej takiej próbówki 1·5 cm³ surowicy badanej + łożysko, w takiej ilości i tak przygotowane, jak w oryginalnej A—R (średnio 0·2—0·5 gr). Tutaj należy nadmienić, iż szczególnie uważać trzeba, aby nic z łożyska na ścianie probówki nie zostało. Następnie dodaje się celem powstrzymania gnicia i przeszkodzenia parowaniu surowic toluolu w takiej ilości, aby przynajmniej $^1/_2$ cm wynoszącą warstwą pokryły surowice i wstawia się probówkę na 20 godzin do cieplarki przy 37° C. Po wyjęciu z cieplarki wylewa się całą zawartość probówki do jednego, drugiej wraz z łożyskiem do drugiego małego cylindra (przedtem można ewentualnie ostrożnie zebrać pipetą większą część toluolu). Następnie celem usunięcia pozostałej na ścianach probówek surowicy nabiera się czystą i suchą pipetą 8·0 cm³ przekroplonej i wyjałowionej wody i opłukując małemi porcyami ściany i dno probówki, wylewa się ją następnie do cylindrów tak, że w końcu każdy cylinder zawiera 9·5 cm³ płynu (nie licząc kawałeczków łożyska i resztek toluolu). Do każdego cylindra wlewa się teraz kroplami 10 cm³ pięciokrotnie rozcieńczonego dyalizatu żelaza: (»liquor ferri oxydati dialysati (Riedel)«), wstrząsając silnie i bezustannie naczyniem (cylindrem), wreszcie 0·5 cm³ rozczynu $^n/_2$ Na_2SO_4 i wszystko dokładnie miesza się. Obecnie zatem każdy cylinder zawiera 20 cm³ płynu, to znaczy dokładnie tyle, ile wynosi płyn zewnątrz tutek przy oryginalnej A—R. Płyn ten, brązowo-brunatnawy, przesącza się przez hartowany sączek do przygotowanych już przedtem czystych, suchych probówek, o zupełnie jednakowem świetle i ścianach, najlepiej z jenajskiego szkła, mających markę 10 cm³. Sączenie przebiega bardzo łatwo i otrzymuje się przesącz wodojasny, przezroczysty. Gdyby jednakowoż zachodziło podejrzenie, że przecież ślad osadu mógł się przedostać przez sączek, należy raczej po raz drugi sączyć. Gdy przesącz wynosi dokładnie 10 cm³ (wskazuje marka na probówce), wyjmuje się lejek i resztę przesącza się do innej zwykłej czystej probówki, na której dnie znajduje się kwas sulfo-salicylowy »in substantia« celem kontrolnego przekonania się o zupełnym braku białka w przesączu. Następnie do każdej probówki, tj. do 10 cm³ przesączu, dodaje się 0·2 cm³ 1% wodnego rozczynu ninhidryny, poczem ściśle według przepisu Abderhaldena gojuje się wraz z pręcikiem dokładnie przez 1 minutę. Po $^1/_2$ godzinie następuje odczytanie wyników.

Nadmienić jeszcze należy, że o ile toluolu, znajdującego się nad surowicami, nie jest zbyt wiele, to nie przeszkadza on odczynowi; w każdym razie wygodniej i lepiej jest częściowo usunąć go zapomocą pipety, jak to już wyżej wspomniałem.

W ten sposób postępując, zbadałem (patrz niżej podaną tablicę) surowice z 25 przypadków, nastawiając równocześnie tesame surowice według oryginalnej A— R.

Przy wykonywaniu odczynu oryginalnego trzymałem się jak najściślej przepisów, podanych przez Abderhaldena, a w szczególności krew była po największej części brana na czczo i pozostawała przez kilka do kilkunastu godzin w probówkach w ciepłocie pokojowej. Po odstaniu się surowicy przenoszono ją zapomocą jałowej pipety do naczyń centryfugowych, odwirowywano dwukrotnie i badano co do obecności hemoglobiny. Surowica była zawsze wolna od hemoglobiny, z wyjątkiem przypadku 18. Tutaj nadmienić muszę, że w dotychczasowych publikacyach, o ile mi wiadomo, ograniczano się do badania spektroskopowego co do obecności widma hemoglobiny. Ja zaś zastosowałem tę modyfikacyę, że poddawałem surowicę badaniu mikrospektroskopowemu co do obecności hemochromogenu. Przekonałem się mianowicie, że surowica, nie okazująca widma hemoglobiny, okazywała widmo hemochromogenu, które, jak wiadomo z sądowo-lekarskich badań plam krwawych, jest najczulsze i można je uzyskać przy obecności nielicznych krwinek czerwonych. W tym celu zapomocą czystej pipety brałem kilka lub kilkanaście kropli surowicy na szkiełko przedmiotowe, ewentualnie zagłębione, poddawałem zagęszczeniu przez odparowanie, następnie dodawałem kroplę pirydyny Mercka, nakrywałem szkiełkiem nakrywkowem, podpuszczałem pod nie kroplę 50% wodzianu hydrazyny (Hydrazinhydrat) i oglądałem w przyrządzie mikrospektroskopowym. Bardzo łatwo można się w ten sposób przekonać, że udaje się uzyskać widmo hemochromogenu tam, gdzie spektroskopowo nie można było wykazać widma hemoglobiny. Łożysko za każdym razem wygotowywano z pięciokrotną ilością wody, a tę wodę z ninhidryną dla stwierdzenia, czy nie nastąpi niebieskawe zabarwienie. Rurki dyalizacyjne już wypróbowane poddawano za każdym razem, o ile wyniki nie zgadzały się z rozpoznaniem, lub jeżeli zachodziły różnice w płynach podwójnych, badaniu co do nieprzepuszczalności białka, a równomiernej przepuszczalności peptonu (Seidenpepton). Zawsze używano naczyń jałowych i suchych, tudzież wody przekroplonej i wyjałowionej. Rurki dyalizacyjne wstawiano na 16—18 godzin przy ciepłocie 37° C do cieplarki, której nie używano do celów bakteryologicznych. Wynik odczytywano po upływie pół godziny po skończonem gotowaniu dyalizatu z ninhidryną w przepisany sposób.

W podanej niżej tablicy rubryka A oznacza liczbę porządkową, rubryka B płeć, rubryka C rozpoznanie, rubryka D wynik próby oryginalnej z samą surowicą, rubryka E wynik próby oryginalnej z surowicą+łożysko, rubryka F wynik próby zmodyfikowanej z samą surowicą, rubryka G wynik próby zmodyfikowanej z surowicą+łożysko, rubryka H uwagi dotyczące prób kontrolnych, czasu, surowicy i t. d.

Z powyższej tablicy wynika, co następuje: Modyfikacya odczynu według Michaelisa i Lagermarcka dała w 80% wyniki, zgodne z wynikami odczynu oryginalnego dyalizacyjnego, w 8% wypadła ujemnie; natomiast oryginalna metoda dała w tych przypadkach wyniki dodatnie. Odczyn Michaelisa i Lagermarcka w 12% wypadł dodatnio, natomiast w tych przypadkach wyniki według oryginalnego odczynu były ujemne. Surowice nieciężarnych, nastawione według oryginalnej metody, dały dodatni odczyn ninhidrynowy. O tem, że w tych przypadkach nie leżała przyczyna w technice, można się było przekonać po bezpośredniem wykonaniu prób kontrolnych.

W Nr 16 »Münchener mediz. Wochenschrift« z r. 1914 podał Abderhalden sposób, który również nie wymaga postępowania dyalizacyjnego, a przedstawia się, jak następuje:

Substrat, np. łożysko, przyrządzone według oryginalnej metody, barwi się przez 12 do 24 godzin w jaknajgęstszym rozczynie karminu w amoniaku. Po upływie tego czasu wymywa się, najlepiej w płynącej wodzie, i wyciska się łożysko, aż płuczka

pozostaje zupełnie bezbarwną. Następnie wielokrotnie wygotowuje się w przekroplonej wodzie, aż nie przyjmuje ani śladu barwika, przyczem łożysko musi być jaknajsilniej zabarwione. W ten sposób zabarwiony i przygotowany narząd przechowuje się jak zwykle w przekroplonej wodzie wyjałowionej pod toluolem.

Przy wykonywaniu odczynu wlewa się 1—2 cm³ badanej surowicy do małej probówki, a do niej dodaje się 0·25 grama zabarwionego narządu. Przedtem wygotowuje się go jeszcze raz dokładnie, aby nabrać pewności, że nie zawiera bakteryi i barwika, który w ten sposób przez wygotowanie daje się usunąć. Następnie nalewa się nieco tuluolu i wstawia do cieplarki. Już po upływie 4—8 godzin ma się zauważać dokładnie, czy surowica rozłożyła narząd, czy nie; w pierwszym bowiem przypadku barwi się surowica na czerwono, w drugim pozostaje żółtą.

Z łożyskiem w ten sposób przygotowanem nastawiłem 10 surowic, pochodzących od ciężarnych, a 10 surowic, pochodzących od nieciężarnych. Wszystkie próby dały zgodne wyniki. Jednakże ujemną stroną tej metody jest to, że

A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.
1.	K.	Graviditas	a) – b) —	a) ++ b) ++	a) — b) — c) –	a) ++ b) + c) ++	Na czczo Dyalizat. z kw. sulfosalicylowym i odczyn biuretowy O
2.	K.	Graviditas II mensium	a) — b) —	a) + b) +	a) — b) —	a) + b) ++	Dtto
3.	K	Graviditas	a) — b) —	a) + b) +	a) – b) –	a) — b) — czerwonawe	Na czczo. Przepuszczalność na białko O, na pepton jednostajna.
4.	K.	Diabetes insipidus	a) — b) — c) —	a) ± b) + c) +	a) — b) —	a) + b) +	Dtto
5.	K.	Graviditas	a) — b) —	a) ++ b) ++	a) — b) –	a) + b) +	Prawie na czczo.
6.	M.	Fractura baseos cranii	a) + b) ++ c) +	a) +++ b) +++ c) +++	a) — b) –	a) ++ b) ++	Odczyn biuretowy O. Przepuszczalność peptonu jednaka.
7.	K.	Gravidatis tubaria rupta	a) b) —	a) — b) —	a) —	a) —	Dtto
8.	K.	Graviditas	a) — b) —	a) ++ b) ++	a) — b) —	a) ++ b) ++	
9.	K	Tbc. pulm.	a) — b) — c) —	a) — b) — c) —	a) – b) — c) —	a) — b) —	
10	M	Tumor mediastini	a) — b) — c) —	a) — b) — c) —	a) — b) —	a) — b) —	
11.	K.	Vitium cordis	a) — b) —	a) — b) — czerwonawe	a) — b) —	a) + b) +	
12.	M.	Insufficientia aortae	a) — b) —	a) — b) —	a) — b) —	a) — b) —	
13.	M.	Icterus Ca. hepatis?	a) b) — c) —	a) + b) + czerw. c) +	a) — b) — c) —	a) + b) + c) +	Surowica żółtaczkowo podbarwiona. Dyalizat z kw. sulfosalicylowym O. Przepuszczalność peptonu jednostajna.
14.	M.	Neoplasma ventriculi suspectum	a) — b) — c) —	a) + b) + c) ±	a) — b) + c) —	a) + b) ++ c) +	Dtto
15	K.	Asthma bronchiale	a) — b) —	a) — b) —	a) b) — c) —	a) ± b) — c) —	
16.	K	Graviditas	a) — b) — c) –	a) ++ b) ++	a) — b) — c) —	a) ++ b) ++ c) +	
17.	M	Individuum normale	a) — b) — c) —	a) — b) — c) –	a) — b) — c) —	a) — b) — c) —	
18.	M	Eudocarditis septica	a) — b) —	a) – b) —	a) — b) — c) —	a) + b) +	Surowica nieco hemolizujaca pierwsza smuga widma hemochromogenu zaznaczona.
19	M.	Bronchitis in gravida	a) — b) — c) —	a) + b) + c) ±	a) – b) — c) –	a) + b) + c) +	
20.	K	Tbc. pulm.	a) — b) —	a) — b) —	a) — b) –	a) + b) +	Dyalizat i przesącz z kw. sulfo-salicylowyni O.
21.	K.	Individuum normale	a) — b) — c) —	a) ± b) + c) +	a) — b) –	a) — b) —	Na czczo. Odczyn biuretowy O Przepuszczalność dla peptonu jednostajna.
22.	M.	Combustio	a) — b) —	a) + b) ±	a) — b) —	a) + b) +	Dtto
23	K.	Graviditas	a) — b) —	a) ++ b) ++	a) ± b) —	a) +++ b) ++	
24.	K.	Cholecystiits	a) + b) +	a) + b) +	a) + b) +	a) + b) +	
25.	K.	Aortitis luetica	a) — b) —	a) — b) –	a) – b) —	a) — b) —	

niema przy odczynie ostrej granicy, tylko czasowa, nadto, że także surowice, dające wynik ujemny, po kilkunastu godzinach przybierają czerwonawe zabarwienie Zdarza się więc naprzykład, że surowica, działająca dodatnio, dopiero w 8—10 godzinach rozkłada narząd, a w tym czasie także surowica, zachowująca się ujemnie, może już przybrać czerwonawe zabarwienie; a zatem w obu tych przypadkach możnaby błędnie przyjąć wynik dodatni.

Z c. i k. Szpitala epidemicznego Nr. 1. w Krakowie.
(Komendant: lekarz pułkowy Docent Dr Arzt)

Dodatnia hodowla i aglutynacya bakteryi durowych przy gruźlicy prosówkowej

Podał

Dr Maksymilian Blassberg, kierownik oddziału.

Dawniejsze zapatrywanie, że dur brzuszny jest miejscową chorobą zakaźną jelit i że bakterye durowe mają swą siedzibę wyłącznie we wrzodach jelitowych, powoli po-

rzucono od czasu nowszych badań, gdy wykryto prątki durowe w różyczce, w krwi krążącej, w śluzie oskrzelowym, w ropie, wysiękach i moczu. Dur brzuszny uważamy obecnie za sprawę ogólno-posoczniczą i dlatego obecnie rzadko ustalamy rozpoznanie bez badań bakteryologicznych i biologicznych. To doprowadziło do pewnego przeceniania wyników bakteryologicznych. Z różnych stron podnosiły się ostrzeżenia, że pojęcie czysto bakteryologiczne duru mija się z celem i że wszystkie badania bakteryologiczne mają tylko wtedy wartość dowodu, jeżeli są zgodne z obrazem klinicznym.

Łatwiejszą jest rzeczą, jeżeli stoimy wobec ujemnego wyniku prób bakteryologiczno biologicznych. Wówczas stara się lekarz oprzeć się na całokształcie objawów klinicznych i niełatwo zboczy z właściwej drogi rozpoznawczej. W r. 1905 miałem sposobność ogłosić w »Przeglądzie lekarskim« przypadek duru z obfitą wysypką, w którym rozpoznanie duru brzusznego, oparte wyłącznie na podstawie obrazu klinicznego pomimo ujemnej aglutynacyi i bardzo podejrzanej co do duru plamistego wysypki, sprawdziło się przy późniejszej autopsyi.

O wiele trudniejsze jest położenie lekarza, kiedy ma przed sobą dodatni wynik badania bakteryologicznego, który według ogólnych pojęć obecnych rozstrzyga ostatecznie o rozpoznaniu duru brzusznego. Przypadek poniżej opisany, który mieliśmy sposobność spostrzegać w krakowskim szpitalu epidemicznym Nr. 1., dowodzi, że nawet wyhodowanie bakteryi durowych nie daje samo przez się bezwzględnej pewności, iż mamy przed sobą dur brzuszny.

Krótka historya choroby jest następująca:

Włodzimierz Z., lat 22, jeniec, Gruzin, został 5. X. przyjęty do szpitala rezerwowego w Lublinie z powodu bólów żołądka i stamtąd następnego dnia dalej wysłany. D. 8. X. 1915 przyjęty do krakowskiego szpitala epidemicznego Nr. 1. z powodu biegunki, ogólnego osłabienia i stanu podgorączkowego, jako podejrzany co do duru brzusznego. Dotychczas chory nie był poddany szczepieniu ochronnemu przeciw durowi. Badanie wykazało, co następuje: Ogólne osłabienie, nędzne odżywienie. Barwa skóry blado-śniada, brak różyczki, brak sinicy. Przytomność zupełna. Język wilgotny, nieco obłożony, poza tem jama ustna bez zmian. Na klatce piersiowej z tyłu od dolnego kąta łopatki po stronie prawej stłumienie ku dołowi, powyżej aż do szczytu oraz z przodu w prawym szczycie aż do drugiego żebra odgłos opukowy krótszy. W miejscu stłumienia zniesione przewodnictwo głosu i szmery oddechowe niesłyszalne. Po stronie lewej odgłos opukowy prawidłowy, szmery oddechowe pęcherzykowe zaostrzone. Liczba oddechów 30 na minutę, brak wybitnej duszności. Kaszel nieznaczny z plwociną śluzowo-ropną. Serce prawidłowe, tony sercowe głuche. Tętno słabo napięte, regularne, 80—90 uderzeń na minutę. Gruczoły limfatyczne na szyi, w obu pachach i pachwinach powiększone i macalne. Brzuch nie wzdęty, raczej zapadnięty, nie bolesny na ucisk. W okolicy biodrowej prawej nie stwierdza się przelewania. Wątroba prawidłowa. Śledziona opukowo powiększona, nie macalna. Codziennie jeden stolec papkowaty z nieznaczną domieszką śluzu. Mocz piwno-żółty, lekko zmącony z obłoczkowatym osadem, słabo kwaśny, o ciężarze gatunkowym 1.021, nie zawiera białka, cukru, ani acetonu. Odczyn dwuazowy Ehrlicha ujemny. W osadzie fosforany, nabłonki płaskie, nieliczne leukocyty i kryształy indyga. Ciepłota poranna przez cały czas prawidłowa, waha się między 36 a 36·6. Ciepłota wieczorna dnia 8. X. 37·2, 9. X. 37·2, 10. X.. 37·8, 11. X. 38, 12. X. 36, 13. X. 39, 14. X. 38, 15. X. 37·4. Krzywa ciepłoty ma charakter przestankowy, względnie przepuszczający. Nie można stwierdzić względnej bradykardyi. 14. X. stwierdzono na klatce piersiowej kilka podejrzanych plamek różyczkowych. 15. X. wystąpiły nieznaczne obrzęki na kończynach dolnych.

Badania bakteryologiczne (wykonane z pomocą p. dr. Grabczakowej) i mikroskopowe: D. 9. X. Badanie stolca w kierunku cholery i czerwonki dało wynik ujemny. — 10. X. Przez nakłucie prawej jamy opłucnej wydobyto 70 cm³ wysięku surowiczo-krwawego. Wysięk zaszczepiono na płytki Endo i na dwa skośne agary i stwierdzono obecność bakteryi durowych. Oprócz tego badanie odwirowanego wysięku co do prątków Kocha dało wynik dodatni. — 11. X. Nakłucie żyły. Odczyn aglutynacyjny Grubera-Widala z żywą hodowlą durową wypadł wybitnie dodatnio, aż do 1:160. Hodowla bakteryi durowych z krwi ujemna. W tymże dniu badanie plwociny co do prątków gruźliczych dało wynik dodatni. — 12. X. Drugie nakłucie opłucnej. Wydobyto 240 cm³ wysięku surowiczo-krwawego, zaszczepiono na agar skośny, płytki Endo i płytkę Conradiego-Drigalskiego i znowu stwierdzono obecność bakteryi durowych. Otrzymany szczep bakteryi durowych aglutynował z pewną surowicą durową w stosunku 1:12800, z prawidłową surowicą nie aglutynował. — Wysięk odwirowany zbadano znowu co do prątków gruźliczych z wynikiem dodatnim. Średnio znajdował się 1 prątek gruźliczy w 1—2 polach widzenia mikroskopu. Badanie cytodyagnostyczne odwirowanego osadu wysięku wykazało prócz czerwonych krwinek i nabłonków prawie wyłączny obraz czystej limfocytozy. —15. X. Badanie stolca co do prątków durowych dało wynik ujemny. Badanie krwi wykazało krwinek czerwonych 2,900.000, białych 6.000. Stosunek białych do czerwonych 1:439. W świeżym niebarwionym preparacie stosunki prawidłowe. Stosunek wzajemny leukocytów w preparatach ustalonych i barwionych był następujący: wielojądrzastych neutrofilów 81%, małych limfocytów 15%, dużych limfocytów 1%, ciałek przejściowych 3%, eozynofilów 0%.

Na podstawie powyższego badania brzmiało nasze rozpoznanie: Tuberculosis pulmonum et pleurae dextrae. Lymphadenitis universalis. Tumor lienis. Typhus abdominalis (?).

16. X. Chory umarł wśród objawów wzmagającego się osłabienia serca.

Wynik sekcyi (c. i k. lekarz pułkowy Dr. Skrla) był następujący: Budowa ciała średnia, nędzne odżywienie. Skóra blado śniada, na klatce piersiowej, na mostku i w dołku podsercowym liczne niebieskawe plamki do wielkości główki szpilki, znikające pod naciskiem. Plamy pośmiertne na plecach. Stężenie pośmiertne mierne. Widoczne błony śluzowe wybitnie blade, u lewego otworu nosowego nieco przyschłej krwi. Grzbiet lewej ręki i nogi nieco obrzękły. Miękkie powłoki czaszki cienkie, blade. Opona twarda, gładka, blada. Zatoki żylne wypełnione skrzepami krwi. Opony miękkie miernie nastrzykane, delikatne, ponad górnym robakiem liczne szaro-białe guzełki. Mózg wielki, ciężki, substancya mózgowa miernie ukrwiona. Komory rozszerzone. Móżdżek, most Varola i rdzeń przedłużony prawidłowe. Naczynia na podstawie czaszki próżne, delikatne. Gruczoły śródpiersiowe powiększone i zserowaciałe. Gruczoły około-oskrzelowe powiększone, pyliczo zmienione, zasiane licznymi guzełkami. W prawej jamie opłucnej litr szaro-brunatnego mętnego płynu. Płuco prawe na całej przestrzeni zrosłe z klatką piersiową, średniej wielkości. Opłucna silnie zgrubiała, ½ cm, pokryta pokładem włóknikowym. Na opłucnej liczne szaro-żółtawe guzełki. Miąższ płucny w górnym zrazie miernie powietrzny, zasiany licznymi guzełkami. Dolny płat zupełnie bezpowietrzny i również zasiany guzełkami. W oskrzelach szaro-żółtawy śluz, błona śluzowa oskrzeli nastrzykana. Lewe płuco bardzo wielkie, ciężkie, wolne, opłucna gładka, pokryta licznymi guzełkami. Miąższ płuca powietrzny, zawiera mierną ilość krwi, zasiany licznymi guzełkami prosowatymi. Błona śluzowa oskrzeli nastrzykana. Jama osierdziowa zawiera około 100 grm cieczy żółtawej, przezroczystej. Osierdzie nieco obrzękłe i nastrzykane. Serce prawidłowej wielkości, mięsień sercowy ciemno-brunatny, jędrny, lewa komora zawiera płynną krew i skrzepy krwi, prawa komora serca próżna; zastawki prawidłowe. Błona wewnętrzna aorty cienka. Język szaro zabarwiony. Migdałki prawidłowej wielkości, zaułki głębokie, miąższ zbity, czerwono-brązowy. Krtań zawiera blady, pienisty śluz, błona śluzowa blada. Na tylnej powierzchni nagłośni błona śluzowa owrzodziała, pokryta licznymi małymi guzełkami. W jamie brzusznej ¼ litra żółtego przezroczystego płynu. Gruczoły krezkowe silnie powiększone, żółto zabrwione. Otrzewna gładka, na całej przestrzeni pokryta guzełkami. Wymiary śledziony 16, 11, 4½. Otoczka niebieskawo zabarwiona, napięta. Miąższ ciemno-wiśniowy, twardy, zasiany guzełkami wielkości główki od szpilki. Nerki prawidłowej wielkości, torebka schodzi łatwo. Powierzchnia gładka, zasiana guzełkami wielkości główki od szpilki, miąższ o prawidłowej zbitości, zawiera również guzełki. W błonie śluzowej miedniczek nerkowych drobne wybroczyny. Pęcherz moczowy zawiera około 100 grm żółtego moczu, błona śluzowa pęcherza żółtawo blada, gładka. Wątroba duża, w torebce liczne guzełki. Miąższ jędrny, w krew zasobny, zawiera mniejsze i większe guzełki. Woreczek żółciowy zawiera około 4 łyżek żółto-zielonej żółci, błonka śluzowa jego cienka. Trzustka prawidłowej wielkości, jędrna, zabarwiona brunatno-czerwona. Żołądek prawidłowej wielkości, zawiera ⅛ litra płynu szaro-żółtawego. Błona śluzowa miernie nastrzykana, zaczerwieniono, zasiana drobnemi wybroczynami. W jelicie krętem błona ślu-

zowa blada, pokryta dość licznymi żółto-szarymi gruzełkami wielkości główki od szpilki. W jelicie czczem żółtawa papka, błona śluzowa nieco zaczerwieniona, tu i ówdzie odosobnione gruzełki wielkości ziarna prosa. W błonie śluzowej okrężnicy wstępującej małe gruzełki. W okrężnicy poprzecznej i zstępującej liczne wrzody wielkości główki od szpilki do soczewicy. Błona śluzowo mocno zgrubiała, obrzękła. Im dalej ku pętli esowatej, tem grubsza jest ściana jelita i błona śluzowa i tem liczniejsze i większe wrzody o brzegach nierównych. Wrzody te mają wybitne cechy wrzodów gruźliczych.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne brzmiało: Tuberculosis pulmonum miliaris disseminata. Pleuritis serosofibrinosa dextra. Atelectasis pulm. dextri. Tumor lienis. Degeneratio amyloidea lienis, renum. Tuberculi hepatis, renum, lienis, peritonaei, ilei. Colitis tbc. Tuberculi epiglottidis. Leptomeningitis tuberculosa.

Przy sekcyi wzięto jałowo krew z serca oraz żółć; powiodło się z nich otrzymać hodowlę bakteryi durowych.

Powyższy nasz przypadek należy do bardzo rzadkich spostrzeżeń, w których stwierdzono prątki durowe względnie aglutynacyę durową u chorych, u których ani klinicznie, ani anatomicznie nie było duru brzusznego. Od przypadków, opisanych dotychczas w dostępnem mi piśmiennictwie, różni się nasz przypadek tem, że: 1) bakterye durowe stwierdzono za życia w jamie opłucnej, 2) równocześnie wypadł odczyn aglutynacyjny Grubera-Widala wybitnie dodatnio, 3) istnienie gruźlicy mogło być za życia na pewno stwierdzone, 4) oprócz dodatniej hodowli bakteryi durowych, uzyskanej za życia, powiodło się także z krwi i żółci, wziętej ze zwłok, uzyskać dodatnią hodowlę.

Fakt, że można u chorych znaleść prątki durowe i stwierdzić aglutynacyę przy braku klinicznego i anatomicznego obrazu duru brzusznego, wywołał swego czasu wielkie zainteresowanie. Takie przypadki niewątpliwie kilkakrotnie ogłoszono i potwierdzono. Zajmującą tę sprawę starali się różni autorowie (Jürgens, Krehl, Forster, Fornet, Busse, Kamm, Bredow, Krencker, Schott, Jochmann i Schottmüller) rozmaicie tłómaczyć. Jedni z nich tłomaczyli to zjawisko, jako okres wylęgania się duru brzusznego, opierając się na tem, że pomiędzy wniknięciem bakteryi do ustroju, a wystąpieniem obrazu klinicznego może upłynąć szereg tygodni, miesięcy, a nawet lat. Pogląd ten spotkał się z zarzutem, że do pojęcia wylęgania choroby konieczne jest mnożenie się prątków w czasie pomiędzy ich wniknięciem a wybuchem objawów chorobowych. Inni autorowie twierdzą, że w tych przypadkach zachodzi klinicznie utajony dur względnie zakażenie mieszane, a sposób zakażenia jest tego rodzaju, iż bakterye nie osiadają pierwotnie w układzie limfatycznym, lecz że przenikają z błony śluzowej jelit lub z płuc wprost do krążenia podobnie jak to się często zdarza przy zakażeniach bakteryami paratyfusowemi. Trzecia grupa autorów tłómaczy te przypadki w ten sposób, że chodzi tu o roznosicieli bakteryi durowych, u których prątki pod wpływem równoczesnego wybuchu drugiej choroby wniknęły ze swej stałej siedziby do krwi i tam zostały wykryte, lub zostały wydzielone przez nerki i pojawiają się w moczu.

Bardzo doniosła jest według mego zdania okoliczność, że w naszym przypadku prócz dodatniego wyniku hodowli stwierdzono wybitny odczyn aglutynacyjny. Na podstawie tego, nawet przy braku szczegółów z wywiadów, możemy przyjąć aglutynacyę za dowód zakażenia, przebytego w przeszłości. Wiemy bowiem, że aglutyniny mogą pozostawać we krwi nawet przez szereg lat po przebytem zakażeniu. Możemy zatem przyjąć, że nasz chory swego czasu przeszedł dur brzuszny i był roznosicielem bakteryi. Okoliczność, że bakterye durowe utrzymały się w stanie żywym w wysięku opłucnym, jest również zjawiskiem, analogicznem do licznych innych spostrzeżeń, w których wykazano, że bakterye durowe mogą bardzo długo utrzymać się w stanie żywym w ropniach, w otorbionych zapaleniach otrzewnej i w innych podobnych wytworach zapalnych, które powstały w przebiegu duru brzusznego lub w powikłaniach, związanych z tem cierpieniem. Żywe prątki durowe stwierdzano po 15 miesiącach, a nawet w wiele lat po ukończeniu choroby.

Nie możemy też przyjąć, że chodziło w naszym przypadku o rozpoczynający się dur brzuszny, albowiem temu nie odpowiadały ani obraz kliniczny, ani wybitny odczyn aglutynacyjny, ani też później stwierdzony obraz sekcyjny.

Nie mogę również pominąć milczeniem faktu, że istnieją autorowie, którzy skłonni są przypisywać jadowi gruźliczemu właściwość wytwarzania aglutynin durowych. Autorowie ci twierdzą, że tworzenia się aglutynin w takich przypadkach nie należy odnosić do duru, dawniej przebytego, lecz że one wytworzyły się dopiero w przebiegu schorzenia gruźliczego.

W każdym razie jest rzeczą uwagi godną, że przeważna część podobnych przypadków, dotąd opisanych, dotyczyła chorych gruźliczych. Nasuwa się pytanie, czy ustrój, przesiąknięty gruźlicą, nie stanowi szczególnie korzystnego podłoża dla trwałego goszczenia bakteryi durowych we krwi i w narządach w stanie żywotnym. Stąd urósłby dla praktyki ważny postulat, że należałoby w przyszłości poświęcić roznosicielom bakteryi durowych szczególną uwagę, nietylko ze względu na możliwość zakażania otoczenia durem, lecz także ze względu na możliwość istnienia u nich utajonej gruźlicy.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jag.
(Dyrektor: prof. Dr A. Rosner).

Dwa przypadki samorodnego pęknięcia pęcherza przy równoczesnem pęknięciu macicy.

Podał

Dr Józef Schlank

asystent kliniki.

Powikłanie pęknięcia macicy rozerwaniem pęcherza moczowego nie należy do zdarzeń częstych. Dwie są przyczyny, które rzadkość tego powikłania tłomaczą: popierwsze fakt, że pęka częściej tylna i boczna ściana szyjki, niż przednia, a powtóre ta okoliczność, że pęcherz oddzielony jest od macicy przez bardzo wiotką i rozciągliwą tkankę łączną przypęcherzową, która w ciąży ulega jeszcze większemu zniszczeniu. Wskutek tego oba narządy, macica i pęcherz, są wśród porodu względem siebie przesuwalne i jeśli nawet szyjka maciczna pęka na przedniej ścianie, pęcherz zwykle nie rozrywa się. Jeśli natomiast w tkance między pęcherzem a macicą znajduje się blizna, wówczas rozerwanie pęcherza wśród pęknięcia macicy łatwiej wydarzyć się może.

W dostępnem mi piśmiennictwie niewiele mogłem znaleźć podobnych przypadków. Przytaczam je poniżej.

I tak Klien w swojej dużej statystyce pęknięć macicy zestawił tylko 15 przypadków równoczesnego pęknięcia pęcherza moczowego, Bandl opisał jeden przypadek pęknięcia pęcherza przy niezupełnem pęknięciu macicy, Pollak opisał 2 przypadki, Schütte na 19 przypadków pęknięć macicy 2 przypadki. Scipiades w statystyce pęknięć macicy wspomina o 8% pęknięć pęcherza, jako powikłań pęknięć macicy. Lowrich na 30 przypadków widział aż 5 pęknięć pęcherza, Thompson wspomina o 1 przypadku promienistego pęknięcia dna pęcherza przy samoistnem pęknięciu macicy.

W ostatnich czasach miałem sposobność w klinice krakowskiej spostrzegać 2 przypadki samorodnego pęknięcia pęcherza przy pęknięciu macicy. W obydwu przypadkach dokonałem doszczętnego usunięcia macicy i zeszycia pęcherza.

I. N. prot. 236 1910/11. P. l. 30, wieloródka, 3 razy rodziła, płody nieżywe. Do kliniki przyjęta 23. IV. 1911 o godzinie 12·45 w nocy; podaje, że bóle rozpoczęły się 22. IV. o godz. 6 rano, a pęcherz płodowy pękł 22. VI. o godz. 5 po południu. Ostatni raz czuła ruchy płodu dnia 23. IV. o godzinie 6 w. Badanie wykazało pęknięcie dolnego odcinka macicy od przodu. Płód częściowo w jamie brzusznej. Tętno matki 120, nikłe, ciepłota 36·7. Przy założeniu cewnika stwierdzono pęknięcie macicy i pęcherza. Przy badaniu wewnętrznem znaleziono główkę i rączkę lewą wysoko nad miednicą. Wymiary miednicy: dist. spin. 24, crist. 24., trochant. $30^1/_2$, conj. externa $16^3/_4$, conj. diag. 9, conj. vera $7^1/_2$. Przedewszystkiem opróżniono macicę przez dokonanie wymóżdżenia na płodzie nieżywym. Krwawienie na zewnątrz nieduże. Natychmiast przystąpiono do laparotomii i znaleziono poprzeczne pęknięcie przedniej ściany szyi na wysokości przedniego sklepienia, pęcherz moczowy rozerwany tuż nad ujściem obydwu moczowodów. Najpierw zrekonstruowano pęcherz; aby nie zaszyć ujścia moczowodów, wsunięto do nich cewniki, wyprowadzając końce cewników przez cewkę moczową na zewnątrz. Pęcherz zeszyto trzechpiętrowym szwem katgutowym. Następnie przystąpiono do całkowitego usunięcia macicy. Zabieg był łatwy, krwawienie bardzo małe. Jamę brzuszną wydrenowano przez pochwę i ranę brzuszną. Stan pacyentki po operacyi był bardzo ciężki. Pomimo środków sercowych i hypodermokliz nastąpiła śmierć w godzinę po operacyi.

Sekcya stwierdziła tylko silną niedokrwistość.

II. N. prot. 334 1910/11. A. G. l. 36, do kliniki przyjęta 11. VI. 1911, o godz. 7 wieczorem, wieloródka, 3 razy rodziła siłami natury, płody nieżywe. Od 2 miesięcy silne bóle w okolicy stawów biodrowych i spojenia. Bóle te początkowo utrudniały chód, a od 2 tygodni chora nie może zupełnie chodzić. Bóle porodowe rozpoczęły się 10. VI. o godzinie 6 wieczorem, pęcherz płodowy pękł 10. VI. o godzinie 7 wieczorem. Ostatnie ruchy czuła chora 10. VI. w nocy. Ciepłota 37·9, tętno 140. Płód leży poprzecznie. Dolna część macicy bardzo bolesna, górną część wyczuwa się wysoko ponad płodem jako skurczony pusty trzon maciczny. W jamie brzusznej wolny płyn. Płód częściowo w jamie brzusznej. Po założeniu cewnika do pęcherza moczowego wydobyto zaledwie trochę krwi. Przy badaniu wewnętrznem można w ujściu stwierdzić jakąś część drobną. Obydwa łuki kości łonowej do siebie zbliżone, nie pozwalają wprowadzić do pochwy dwóch palców. Wymiary miednicy: dist. spin. 24 cm. cr. 26, troch. 26 cm, conj. ext. 18. conj. diag. 10, conj. vera $8^1/_2$. Rozpoznanie kliniczne: C. IV. położenie poprzeczne, X. m. ks., pęknięcie macicy i pęcherza moczowego. Miednica osteomalatyczna ścieśniona.

Przystąpiono zaraz do laparotomii. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono krew, zmieszaną z wodami płodowemi i moczem. Macica po stronie prawej z boku, pęknięta na przestrzeni mniej więcej 15—18 cm, pęknięcie idzie głęboko w tkankę przymaciczną prawą. Przez miejsce pęknięte wysuwa się łożysko i bark płodu. Płód wydobyto przez ranę po pęknięciu i przystąpiono do usunięcia macicy wraz z przydatkami. Na tylnej ścianie pęcherza znaleziono wówczas ranę wielkości grochu, którą zaszyto trzypiętrowym szwem katgutowym. Jamę brzuszną wytamponowano, a końce wyprowadzono przez pochwę i ranę bruszną. Chora zmarła w 8 godzin po operacyi. Autopsya wykazała tylko silną niedokrwistość i rozpoczynające się zapalenie płuc prawostronne.

W obydwu przypadkach były miednice nieprawidłowe i pęknięcia macicy nastąpiły prawdopodobnie przy przewozie do kliniki na zwykłych wozach wiejskich. Bliższych przyczyn pęknięcia pęcherza moczowego nie można było ponad wszelką wątpliwość wykazać, gdyż tkanki, o które tu chodzić może, były poszarpane. Obie chore miały poza sobą po trzy ciężkie porody i jest rzeczą wielce prawdopodobną, że powstałe wśród tych porodów okaleczenia i zakażenia doprowadziły do zmian w przymaciczu przedniem, t. j. w tkance między szyją maciczną, a pęcherzem, — zmian, które tkankę tę uczyniły mniej wiotką i na przesuwalność pęcherza względem szyjki macicznej zły wpływ wywarły.

Obydwa moje przypadki skończyły się śmiertelnie, podobnie jak wszystkie, ogłoszone w piśmiennictwie. Przyczyną śmierci w tych przypadkach nie jest pęknięcie pęcherza, tylko najczęściej, o ile śmierć następuje rychło, utrata krwi z powodu pęknięcia macicy, o ile zaś później, zapalenie otrzewnej. Niewątpliwie jednak pęknięcie pęcherza do śmierci się przyczynia, gdyż popierwsze i z ran pęcherzowych przychodzi do krwotoku, a powtóre wylew moczu do jamy otrzewnej i tkanki przymacicznej nie jest ze względu na zakażenie rzeczą obojętną. Wynika z tego, że rokowanie, które przy pęknięciu porodowem macicy jest samo przez się bardzo smutne, doznaje znacznego pogorszenia przez wikłające je rozerwanie pęcherza moczowego.

Piśmiennictwo. 1) Schütte: Zur Behandlung der Uterusruptur, Monatsch. f. G. u. G. T. 20. st. 847 — T. 29. str. 873. — 2) Scipiades: Über Zerreissung der Gebärmutter an der Hand 91 eigener Fälle. Tauffers Abh. G. u. G. p. 168, Berlin (Karger) 1909. — 3) Tenże: Zent. f. G. u. Gyn. 1907. Nr 26. st. 728. — 4) Lowrich: Über die Uterusruptur. Ges. d. Aerzte. Budapest. Pester. med.-chir. Presse T. 43. p. 637. — 5) Murray: Edinburg Obst. Lancet 1901. T. II. 21 dec. — 6) Thompson H. u. Siele: Über einen Fall von Uterusruptur. Jurn. akuszerstwa i żeńskich bol. 1900. N. 9. — 7) Pollak Otto: Spontane Uterus-und Blasenruptur während des Geburtsaktes. Wiener med. Wochensch. N. 41.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Karrel i Luksch. **Uwolnienie roznosicieli zarazków od zarazków zapomocą homologicznej szczepionki.** (Wiener kl. Woch. 1916, 7). Wszelkie dotąd próbowane środki, by roznosicieli zarazków uwolnić od zarazków i przez to usunąć niebezpieczeństwo, jakiem grożą roznosiciele dla stykających się z nimi osób zdrowych, mniej lub więcej zawiodły. K. i L. proponują podjęcie prób na większą skalę ze szczepionkami, gdyż powiodło im się u 35 na 42 roznosicieli bakteryi czerwonki i duru wywołać zapomocą tego sposobu zniknięcie zarazków z wypróżnień. U takich ludzi wywołuje odpowiednia szczepionka (a więc przeciwdurowa u roznosicieli prątków duru, przeciwczerwonkowa u roznosicieli zarazków czerwonki) zazwyczaj wyraźny odczyn gorączkowy, jednakże zdarzało się, że po zastosowaniu szczepionki znikały zarazki z wypróżnień, chociaż po szczepieniu nie było żadnego odczynu. Do szczepień stosowali K. i L. szczepionki wielowartościowe (polyvalent), za pierwszym razem po 1 cm^3, w razie powtórzenia po $1^1/_2$—2 cm^3. (Jeżeli dalsze badania potwierdzą spostrzeżenia K. i L., a zwłaszcza, gdyby skutek stosowania szczepionek okazał się trwałym, to sposób K. i L. byłby znacznym postępem w zwalczaniu epidemii). r.

Manliu. **Optochina w zapaleniu płuc włóknikowem.** (Berl. kl. Woch. 1916, 3). Zgodnie z większością autorów, którzy stosowali ten najnowszy środek chemoterapeutyczny, stwierdził i M. pomyślne jego skutki w 10 przypadkach włóknikowego zapalenia płuc. — M. zauważył jednak, że optochina nie jest wolna od działań ubocznych, mianowicie wywołuje często zaburzenia wzrokowe i słuchowe. Dla przeciwdziałania tym skutkom wartoby spróbować stosować kamforę; lek ten osłabia bowiem działanie optochiny, możeby więc okazał się względem niej dobrą odtrutką (antidotum). r.

Bacmeister. **Poronne działanie optochiny wobec zakażeń dwoinkami zapalenia płuc u chorych na gruźlicę płuc.** (Münch. m. W. 1916, 1). Zakażenie dwoinkami zapalenia płuc jest, jak wiadomo, u suchotników szczególnie niebezpieczne, a wywołane przez nie zapalenia płuc i oskrzeli mają nader często przebieg niekorzystny. B. stwierdził, że i w tych przypadkach wywiera optochina wpływ szczególnie pomyślny; w sześciu takich przypadkach, leczonych optochiną, stwierdził B. znacznie szybszy spadek ciepłoty i szybsze ustąpienie objawów oskrzelowych, niż w szeregu innych przypadków, leczonych starym sposobem zapomocą leżenia w łóżku, okładów wysychających, piramidonu i salicylanów. — Jako dawkę zaleca B. co dwie godziny po ·0·2 optochiny (optochinum hydrochloricum), wogóle jednak wszystkie dawki razem nie powinny przekroczyć 2 gr. Ze skutków ubocznych spostrzegł B. tylko u jednego chorogo pokrzywkę, trwającą 12 godzin; zaburzeń wzrokowych nie było nigdy. — W przypadkach wysokich gorączek czysto gruźliczych nie wywierała optochina żadnego skutku. r.

Neumann. **W sprawie postępowania wobec krwioplucia.** (Zeitschr. f. Tuberk. 25, 1). Na zasadzie spostrzeżeń

przypadkowych, zebranych u chorych, nie stosujących się do wskazówek lekarza, doszedł N. do wniosku, że w przypadkach krwioplucia nie jest leżenie bezwzględnie konieczne. Toteż N. zaleca, by w takich przypadkach nakazać chorym spokój w postawie siedzącej, przytem zastosować przewiązanie nóg, oraz wstrzyknięcie do żył 5—6 cm. sześć. 10% (hypertonicznego) rozczynu soli kuchennej. Podawanie przetworów wapna działa zdaniem N. korzystnie, jeżeli się je stosuje miesiącami, niejako zapobiegawczo. (Pomysł N., aby krwioplucie leczyć siedzeniem, zasługiwałby może na wypróbowanie, wątpić jednak można, czy wielu lekarzy odważy się na takie próby wobec grozy, jaką budzą krwioplucia). r.

M a y e r. **Leczenie duru brzusznego szczepionką u szczepionych zapobiegawczo**. (Münch. m. W. 1916, 3). M. dochodzi do wniosku, że do rozstrzygnięcia, czy i w jakim stopniu przyczynia się czyto zapobiegawcze, czy lecznicze zastosowanie szczepionki do złagodzenia przebiegu duru, trzebaby dopiero zebrać znaczniejszą statystykę wyników leczenia szczepionką w jednej epidemii, obejmującą takich chorych, którzy byli szczepieni zapobiegawczo i takich, którzy nie byli zapobiegawczo szczepieni. Z tych bowiem danych, jakiemi może rozporządzać jeden badacz, niepodobna osądzić, czy pomyślny lub skrócony przebieg duru zależy istotnie od szczepionki, czy tylko od łagodniejszego charakteru danej epidemii. r.

B u d d e. **Półpasiec w zakresie splotu szyjnego po ochronnem szczepieniu przeciwdurowem**. (Münch. m. W. 1916, 3). W trzy dni po szczepieniu wystąpił półpasiec (herpes zoster) w okolicy prawej łopatki, karku i z prawej strony szyi. Związek przyczynowy ze szczepieniem, dokonanem na wysokości II. żebra prawego (w zakresie rozgałęzień nn. nadobojczykowych), jest możliwy. (Zaczynają pojawiać się doniesienia o innych jeszcze powikłaniach po szczepieniu, i to poważniejszych, z czegoby wynikało, że szczepienia przeciwdurowe nie są tak niewinne, za jakie je przeważnie uważano). r.

D a r a n y i. **Niedostateczność czasu obserwacyi w przypadkach podejrzanych co do cholery.** (Deuts. med. Woch. 1916, 2) Powszechnie przyjęto, że okres wylęgania wynosi w cholerze pięć dni i tylko też przez pięć dni stosuje się nadzór nad podejrzanymi co do cholery. Według nowszych badań nie ulega wszakże wątpliwości, że ozdrowieńcy, oraz zdrowi, którzy stykali się z chorymi, mogą być roznosicielami zarazków cholerycznych, i to nawet przez dwa tygodnie (wyjątkowo dłużej). Należałoby więc, zdaniem D., takie osoby, które przybywają z okolic zakażonych, a u których nie można przeprowadzić badania bakteryologicznego, poddawać nadzorowi przez 14 dni. r.

Chirurgia.

S i l b e r m a n i C o l m a n. **Zastąpienie rękawiczek gumowych**. (Zentr. f. Chir. 1916, 1). Wobec uznania przez Anglię także chirurgicznych rękawiczek gumowych za »kontrabandę wojenną«, sprawa zastąpienia ich czem innem nabiera poważnego znaczenia. Według S. i C. takim środkiem zastępczym, zalecenia godnym, jest »sterylina«, to jest gęsty rozczyn acetylcellulozy w acetonie z dodatkiem innych jeszcze środków. Ręce po zamoczeniu w tym rozczynie obsychają szybko, powlekając się elastyczną powłoczką, nieprzepuszczalną dla wody, wyskoku i wszelkich rozczynów wodnych i wyskokowych. Podjęto też próby wyrabiania ze steryliny cienkich rękawiczek. r.

W i l k. **Chirurgiczne leczenie zapalenia nerek.** (Münch. m. W. 1916, 3). W. opisuje 4 przypadki bardzo ciężkiego zapalenia nerek z ogromnymi obrzękami ogólnymi, leczone zapomocą obłuszczenia (decapsulatio) jednej nerki. Operowani znieśli ten zabieg dobrze, wydzielanie moczu już nazajutrz po operacyi znacznie się wzmogło, znikło bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia z powodu mocznicy. W. uważa przypadki swoje za wyleczone; zachodzi jednak pytanie, czy owo wyleczenie można uważać za zupełne i trwałe. r.

L e o n h a r d. **Sto przypadków postrzałów klatki piersiowej i płuc.** (Deut. m. W. 1916, 2). L. zaleca leczenie jaknajbardziej zachowawcze, oszczędzanie chorego, podawanie obfite morfiny (3 razy dnia 0·02 g., codziennie przez szereg dni aż do dwóch tygodni). Szczególnie nie należy dać się uwodzić gorączce, która nawet przy wylewach czysto krwawych, nie zakażonych, może dochodzić do 39° i ciągnąć się tygodniami, a nie stanowi jeszcze, zdaniem L., wskazania do operacyi. Własne spostrzeżenia L. dały 29% śmiertelności przy postrzałach z broni ręcznej, 30% przy postrzałach szrapnelowych, 48% przy zranieniach od granatów. r.

K a t z e n s t e i n. **Plastyka na kikucie.** (Zentrlbl. f. Chir. 1915. 52). Jak wiadomo, niemałą troską chirurgów w obecnej wojnie są wystające kikuty kostne, tworzące się po tak zwanej linijnej jednoczasowej amputacyi (por. artykuł prof. Rydygiera w Nr. 2. »Przeglądu lek.«), obecnie znowu często stosowanej. Katzenstein poradził sobie z kikutem kostnym, występującym na 8 ctm. z uda, zapomocą plastyki, wykonanej w kilku posiedzeniach Przedewszystkiem umieścił kikut pod skórą drugiego, zdrowego uda, wyciąwszy w niej cięciem półksiężycowatem rodzaj kieszeni. Przy drugiej operacyi pokrył K. drugim płatem częściowo grzbietową stronę kikuta, przy trzeciej przeciął mostek pośrodkowy i przyszył poziomo ku tyłowi, przy czwartej wreszcie rozdzielił znowu kończyny, przecinając mostek boczny, który zarazem zużył do pokrycia reszty grzbietowej powierzchni kikuta. r.

M o s z k o w i c z. **Jak zmniejszyć niebezpieczeństwo zgorzeli po operacyi tętniaka?** (Beitr. z. klin. Chir. 1915, 97, 5). Za wzorem Biera i i. oświadcza się M. przeciwko wyłuszczaniu tętniaków (urazowych) na kończynach, ponieważ przy tem trzeba usunąć zbyt duży odcinek tętnicy, dotkniętej tętniakiem, i tętnic obocznych. Natomiast stosuje M. szew naczynia albo zwężenie doprowadzającego odcinka tętnicy. Szew stosuje się tylko wtenczas, gdy można z całą pewnością liczyć na sprawność dróg obocznych; jeżeli tej pewności niema, to wolno wykonać tylko zwężenie tętnicy, do czego najprostszym sposobem jest według M. spięcie tętnicy przeszczepionym wolno paskiem powięzi. Sprawność dróg obocznych bada się tak przed operacyą, jak i w czasie operacyi, sposobem bardzo prostym; jeżeli przez uciśnięcie głównego pnia tętniczego i głównej gałązki obocznej wywoła się niedokrwienie kończyny, to po zwolnieniu gałęzi obocznej z pod ucisku powinno nastąpić wybitne odczynowe przekrwienie, o ile krążenie oboczne jest należycie sprawne. W przeciwnym razie należy, zanim się przystąpi do doszczętnej operacyi tętniaka, prowadzić jeszcze dalej leczenie, zmierzające do wzmocnienia krążenia obocznego (uciskowe i t. d.), póki wspomniana próba sprawności nie wypadnie zadowalniająco r.

Neurologia i psychiatria.

W. M a y e r. **Znaczenie metody dyalizacyjnej Abderhaldena dla psychiatryi i neurologii.** (Zeitschr. f. Neurol. u. Psych. Orig. T. 23. 1914). Autor wykonał 140 badań surowic zdrowych i chorych, przy tem surowice nastawiano z tkanką następujących narządów: jądro, (względnie jajnik), kora mózgowa, wątroba, tarczyca, nerka, nadnercze, trzustka. Prócz tego w wielu razach badano surowice z rozmaitymi narządami zwierzęcymi. Wyniki były następujące: 1) Surowice 12 osób fizycznie i psychicznie zdrowych dały odczyn ujemny z wyżej wspomnianymi narządami. 2) Na 13 przypadków rozmaitych stanów psychopatycznych (histerya, natręctwa etc.), w jednym przypadku surowica+jądro dała wynik dodatni, (dotyczyło to przypadku, w którym rozpoznanie wahało się pomiędzy psychopathia constitutionalis a hebephrenia); w drugim przypadku ciężkich natręctw surowica+tarczyca dały wynik dodatni, objawów ze strony tarczycy nie było. 3) Na 5 osób z obrazem klinicznym parafrenicznym lub paranoidalnym w 2 przypadkach surowica+tarczyca dała odczyn dodatni, bez żadnych objawów ze strony tarczycy. 4) Na 16 osób z rozpoznaniem psychozy maniakalno-depresyjnej, w 3 przypadkach był odczyn dodatni surowicy z korą mózgową, jajnikiem, tarczycą, trzustką. 5) Grupa otępienia wczesnego: a) Ostra katatonia. Badano surowice 4 osób, u wszystkich surowica+gr. płciowy dała odczyn dodatni, u 3 odczyn dodatni z tarczycą, u 2 słabo dodatni z korą mózgową, a u 1 słabo dodatni z nadnerczem. 6) b) Podostre i przewlekłe przypadki otępienia wczesnego. Badano surowice 30 osób. W 7 przypadkach całkowicie ujemny odczyn ze wszystkimi narządami. Odczyn z gruczołami płciowymi (odpowiedniej płci) był dodatni w 21 przypadkach; z korą mózgową dodatni w 9 przypadkach; w 14 przypadkach dodatni z tarczycą, w paru przypadkach odczyn dodatni z nerką, wątrobą, trzustką; bez objawów ze strony tych narządów. 7) Przypadki otępienia wczesnego z trwaniem średnio 20-letniem (Endzustände) Badano surowice 15 chorych tej kategoryi. W 12 przypadkach odczyn wypadł ujemnie ze wszystkimi narządami, tylko w 2 przypadkach dodatnio bądź to z gruczołami płciowymi, bądź to z korą mózgową i tarczycą. 8) Przypadki tak zwanego schorzenia wielogruczołowego (polyglanduläre Erkrankungen), których badano 5, dały w trzech przypadkach odczyn dodatni bądź to z tarczycą, przysadką mózgową, bądź trzustką, jajnikiem i nadnerczem. W 5 przypadkach tego cierpienia odczyn był ujemny ze wszystkimi narządami. 9) W 12 przypadkach

porażenia postępującego odczyn z korą mózgową był zawsze dodatni; w 6 (na 10 badanych) dodatni z wątrobą, w 3 dodatni z trzustką, w 2 dodatni z tarczycą; z nerką i nadnerczem zawsze ujemny. W jednym przypadku kiły mózgowordzeniowej odczyn był dodatni tylko z korą mózgową. Okoliczność ta, że surowica w przypadkach porażenia postępującego oddziaływa dodatnio prócz kory mózgowej zwykle z innymi narządami, a przy kile mózgowej tylko z korą mózgową, może służyć, według autora, za pewną cechę, różniącą te dwa cierpienia. 10) Dalej badał autor surowice 19 osób z rozmaitemi chorobami organicznemi układu nerwowego; przy tem w przypadkach guza mózgu zwykle był odczyn dodatni z korą mózgową, podobnież wypadł odczyn w przypadku wągrowatości mózgu, zapalenia gruźliczego opon, otępienia starczego; prócz tego te surowice dały odczyn dodatni i z niektórymi innymi narządami, jak tarczycą, wątrobą. Natomiast w 2 przypadkach wiądu rdzenia odczyn był stale ujemny. W 2 przypadkach alkoholizmu znalazł autor odczyn dodatni surowicy tylko z tkanką jajnika (u kobiety); z innymi narządami odczyn był stale ujemny. Stosując zamiast tkanek ludzkich tkanki zwierzęce przy doświadczeniu dyalizacyjnem, autor stwierdził, że z jądrem byka i tkanką mózgową cielęcia lub królika wyniki odczynu były takiesame, jak z tkankami ludzkiemi. Spostrzeżenie to, o ile znajdzie potwierdzenie w dalszych badaniach, bardzoby ułatwiło pracę nad odczynem Abderhaldena, ponieważ często bardzo trudno otrzymać względnie świeże tkanki ludzkie.

Zbierając wyniki swoich badań, dochodzi autor do wniosku, że w niektórych postaciach chorób umysłowych znajdują się w surowicy zaczyny, zdolne rozszczepiać pewne tkanki. W szczególności co do zastosowania praktycznego wyraża autor zdanie, że nawet w otępieniu wczesnem odczyn Abderhaldena występuje tylko w 77% przypadków, wobec tego nawet różnicowanie z psychozą maniakalno-depresyjną może być niemożliwe. Pewne znaczenie może mieć odczyn Abderhaldena w różnicowaniu kiły mózgu od porażenia postępującego. W. Grzywo-Dąbrowski.

E. Fraenkel. **Dalsze badania nad odczynem Abderhaldena przy raku i gruźlicy.** (Deutsche med. Wochenschrift 1914. 2). Co do zawartości zaczynów przeciwko rakowi badał autor 129 surowic. Na 40 surowic, pochodzących z osób, cierpiących na raka, odczyn dodatni z tkanką rakową wystąpił w 13 przypadkach. Na 12 przypadków, w których przypuszczano cierpienie rakowe, odczyn dodatni z tkanką rakową wystąpił w 7 przypadkach. W 77 przypadkach badano surowicę innych chorych (nie rakowatych) co do zdolności rozszczepiania tkanki rakowej i w 21 przypadkach odczyn był dodatni; z tych 21 wyników dodatnich było 8 surowic osób ciężarnych, 3 cierpiących na mięsaka, 3 na kiłę, 2 na gruźlicę płuc, 1 na cukrzycę i 2 surowice osób zdrowych.

Co do zdolności rozszczepiania tkanki mięsakowej badano 62 surowice; z 9 cierpiących na mięsaka tylko w 5 przypadkach był odczyn dodatni. Prócz tego z reszty pozostałej 53 chorych, odczyn dodatni co do rozszczepiania tkanki mięsakowej wystąpił w 25 przypadkach (rakowaci, ciężarne, toczeń, kiła, cukrzyca, osoby zdrowe).

Z tkanką płuca gruźliczego przeprowadzono 30 badań; tylko w połowie przypadków stwierdzono odczyn dodatni przy gruźlicy płuc, prócz tego jednak odczyn dodatni był i przy kile, u ciężarnych, przy mięsaku, raku i u osób zdrowych. Doświadczenie autora nie pozwala metody Abderhaldena uważać za zadowalniającą przy rozpoznawaniu raka, mięsaka i gruźlicy.

W. Grzywo-Dąbrowski.

Forster i Tomaszewski: **Badania obecności krętków bladych w mózgu przy porażeniu postępującem** (Deutsche med. Woch. 1914. 14). Na 61 badanych przypadków znaleziono krętki (przy badaniu w ciemnem polu widzenia) w 27 przypadkach (44%) porażenia postępującego, w tych — w 11 przypadkach krętki były bardzo liczne, a w 16 — nieliczne. Odsetek stwierdzenia krętków jest prawie 2 razy większy, niż stwierdzony przez Noguchiego. W 53 przypadkach wstrzykiwano tkankę mózgową, pochodzącą z przypadków porażenia postępującego, 60 królikom do jąder i 13 małpom do powiek, lecz zawsze z wynikiem ujemnym. W. Grzywo-Dąbrowski.

K. Eskuchen. **Leczenie kiły ośrodkowego układu nerwowego według metody Swifta i Ellisa.** (Münchener med. Woch. 1914. 14). Metoda Swifta i Ellisa polega na tem, że wstrzykuje się choremu dożylnie salwarsan (ew. neosalwarsan), a następnie bierze się krew tegoż chorego i po otrzymaniu surowicy wstrzykuje się 10—13 cm³ tej surowicy podoponowo do kanału kręgowego. Można również, wstrzyknąwszy salwarsan choremu, cierpiącemu na kiłę, jego surowicę wstrzyknąć podoponowo odpowiedniemu innemu choremu. Leczenie według tej metody stosowano w 16 przypadkach, w 9 wiądu rdzenia, 5 porażenia postępującego, a 2 kiły mózgu; wszystkiego wykonano 68 wstrzyknięć. W przypadkach porażenia postępującego i wiądu rdzenia dolegliwości podmiotowe uległy prędkiemu i znacznemu polepszeniu i przebieg choroby był łagodniejszy. Objawy przedmiotowe nie uległy znacznym zmianom: odczyn Wassermana w krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym nie zmieniał się, czasem tylko ulegał osłabieniu; pleocytoza, odczyn Nonne-Apelta zwykle również ulegały osłabieniu; odczyn Langego z chlorkiem stale nigdy nie znikał, czasem tylko krzywa paralityczna zamieniała się na krzywą, typową dla wiądu rdzenia.

W. Grzywo-Dąbrowski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z d. 3 grudnia 1915 r.

Przewodniczący kol. Kučera, protokołuje kol. Szczepański. Goście: kol. starszy lekarz sztabowy Dannenberg. Obecnych 37 kolegów.

1) Posiedzenie zagaił kol. Kučera, witając serdecznie kolegów i podając powody, dla których niemożna było posiedzeń naukowych odbywać przeszło cały rok. Obecnie na życzenie kolegów w miarę materyału wykładowego będą posiedzenia odbywać się regularnie, przynajmniej raz na dwa tygodnie. Następnie wita kol. Kučera gościa, st. lekarza sztab. Dannenberga, komendanta szpitala garnizonowego i poświęca gorące słowa wspomnienia zmarłym kolegom członkom Towarzystwa, a mianowicie ś. p. Grzegorzowi Ziembickiemu, dalej W. Borzęckiemu, A. Chominowi, St. Czarnikowi, E. Elektorowiczowi, A. Kołaczkowskiemu, S. Kruszyńskiemu, I. Krygowskiemu, Lazarusowi, Lisieckiemu, J. Świątkowskiemu i K. Turnauowi. Zebrani uczcili pamięć zmarłych kolegów przez powstanie.

2) Kol. Rencki odczytał telegram z życzeniami dla nowo otwartego Uniwersytetu i Politechniki warszawskiej, treści następującej: »Zebrane po długiej przerwie na pierwszem swem posiedzeniu Towarzystwo lekarskie lwowskie, zwraca swe myśli ku Warszawie i szle gorące słowa powitania nowo powstałym uczelniom polskim, Warszawskiemu Uniwersytetowi i Politechnice. Z szczególną radością wita Towarzystwo lekarskie lwowskie odrodzenie Wydziału lekarskiego, który zawsze tak żywem tętnem bijące naukowe życie lekarskie Warszawy do nowych podniesie wzlotów, łącząc sławną tradycyę przeszłości z pracą następnych pokoleń. Niechaj to nowe ognisko nauki polskiej zabłyśnie najjaśniejszem światłem dla dobra i szczęścia całej Ojczyzny!« (Oklaski).

3) Kol. Lenartowicz, jako skarbnik Towarzystwa, podaje do wiadomości członków uchwałę zarządu co do płacenia zaległych wkładek. Zarząd uchwalił, by za rok 1914 ściągnąć wkładki od członków w całości, za rok zaś 1915 tylko w połowie. Nikt w tej sprawie głosu nie zabierał.

4) Kol. Herman: **O ranach postrzałowych czaszki.** H. obserwował 75 postrzałów czaszki: 1) 20 powierzchownych i 2) 55 głębszych. Z pierwszych 18 leczył nieoperacyjnie, w dwóch zaś był zmuszony trepanować z powodu ropnia mózgu — oba razy z wynikiem pomyślnym; z drugich operacyjnie leczył 38 (ze śmiertelnością 44·7%), nieoperacyjnie 17 (ze śmiertelnością — 21·1%). Zatem wyniki nie były ani gorsze, ani lepsze od przeciętnych, dotąd podawanych. Z początku operował H. — ze zmiennem powodzeniem — każdy postrzał rynienkowaty, z innych zaś tylko postrzały zakażone; później bez względu na formę anatomiczną postrzału, wyłącznie przypadki zakażone. I na tem stanowisku, po krytycznej ocenie wszystkich pomyślnych i niepomyślnych spostrzeżeń, stoi H. dziś. Odnosi się ono jednak tylko do t. zw. późnych postrzałów czaszki, których systematyczne leczenie rozpoczyna się dopiero w kilka dni po zranieniu, nie dotyczy zaś wcale postrzałów świeżych, t. j. tych, których leczenie rozpocząć już można w kilka godzin po zranieniu. Takich obrażeń H. nie widział. — Niektóre szczegóły, zauważone przez prelegenta i spostrzeżenia autorów, pracujących w szczęśliwszych pod tym względem warunkach, zdają się przemawiać za tem, że bardzo duża odsetka ran postrzałowych czaszki i mózgu, pierwotnie pod względem klinicznym jest jałowa. Trudno nam w to uwierzyć. Uważamy bowiem owłosioną skórę

czaszki za wysoce zanieczyszczoną bakteryami, a opony i mózg za tkanki o bardzo małej odporności. Są to jednak, dotychczas przynajmniej, przypuszczenia dowolne. Liczyć się musimy przedewszystkiem z faktami! (Barany, Maresch i i.). Znaczniejsza jednak część tych pierwotnie jałowych ran ulega następowo zakażeniu. Do tego przyczyniają się: 1) niedość staranny opatrunek pierwszy i 2) zawczesny transport. Odpowiednio wykonany zabieg operacyjny w pewnej liczbie przypadków zwalcza zakażenie następowe; w pewnej liczbie najradykalniejszy okazuje się bezsilnym; a jeszcze w pewnej przyczynia się tylko do przemiany zakażenia jawnego w utajone, które niekiedy zabija dopiero po miesiącach pozornego zdrowia. Zdaje się, że wielką rolę w rozniecaniu utajonych zakażeń mózgowych odgrywają drobne odłamki kostne, wpryśnięte w ściany ropni. Odłamki te wśród nadarzonych okoliczności budzą bakterye, niejako w letargu pogrążone, które odzyskują swą pierwotną jadowitość. Trudno już dziś oznaczyć, jaki procent ranionych ginie jeszcze dodatkowo skutkiem tego utajonego zakażenia, tem trudniej, że nie znamy nawet ostatecznego terminu ich ostrego wybuchu. Ostatecznie H. dochodzi do wniosku, że dla ranionych w czaszkę aktualniejszą jest sprawą pierwszego opatrunku w szpitalu polowym, niż sprawa szerszych lub ciaśniejszych wskazań operacyjnych w stałym szpitalu, odległym o kilka dni od linii bojowej.

Dyskusyę odroczono do przyszłego posiedzenia.

Zdzisław Szczepański, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 20. I. 1914.

Przewodniczy Sterling, sekretarz Tomaszewski.

I. Kol. Skalski miał odczyt: **O epidemii ospy w 1913 r. w Łodzi** (drukowany w »Przeglądzie lekarskim« Nr 16—17).

II. Kol. Goldberg pokazał następujące preparaty, uzyskane przy operacyach, dokonanych w szpitalu św. Aleksandra:

1) Preparat **raka części pochwowej macicy,** usuniętej cięciem brzusznem. Operacyi dokonano metodą Wertheima, po odłuszczeniu obu moczowodów, obrośniętych tkanką rakową, i podwiązaniu obu tętnic macicznych. Macicę usunięto wraz z tkanką przymaciczną. Nowotwór przerastał tylną ścianę pęcherza, którą również wypadało wyciąć. Chora zniosła zabieg dobrze, powstała jednak przetoka pęcherzowo-pochwowa. Gdy w dwa tygodnie po zabiegu wyznaczono dzień do operacyi zamknięcia przetoki, chora, której stan był zadowalniający, zmarła nagle w nocy. Oględzin pośmiertnych nie było.

2) Preparat **nerki z ropniami**, usuniętej cięciem lędźwiowem. Chorą przywieziono do szpitala z rozpoznaniem pęknięcia macicy w toku porodu. Macicę usunięto cięciem brzusznem. Podczas tego zabiegu widocznie uszkodzono prawy moczowód, gdyż powstała przetoka moczowa pochwowa. Oświetlanie pęcherza wykazało strumień moczu z lewego moczowodu i brak wypływu moczu z prawego. Cewnikowanie moczowodów dowiodło niedrożności prawego moczowodu w odległości koło 8 cm od ujścia pęcherzowego. Wobec prawdopodobnych trudności zeszycia moczowodu postanowiono dokonać jego przewiązania, aby wywołać sztuczne wodonercze i zanik nerki. Operacya w znieczuleniu lędźwiowem. Po podwiązaniu moczowodu wydzielanie moczu przez pochwę ustało, ale chora zaczęła gorączkować. Wkrótce powstał guz w prawem podżebrzu, rozpoznany jako ropniak nerki. Nowa operacya w znieczuleniu lędźwiowem 10 dni temu: wycięcie nerki. Stan chorej zadowalniający, choć istnieją dość duże wahania ciepłoty, których stanem rany wyjaśnić niepodobna.

3) Preparat **raka dolnego odcinka kiszki prostej,** obejmującego przestrzeń około 5 cm tuż ponad zwieraczem zewnętrznym. Górny brzeg daje się obejść palcem. Zabieg rozpoczęto w znieczuleniu rdzeniowem, dokończono w uśpieniu. Cięcie od tylnego obwodu zwieracza ku górze w linii środkowej, kość guziczną usunięto, prostnicę udało się ściągnąć ku dołowi po podwiązaniu pasm tkanki tłuszczowej i łącznej. Usunięto 6 cm kiszki, górny koniec wciągnięto do otworu kolcowego i wszyto. Zwieracz udało się zachować. Stan chorego w 4 dni po zabiegu zadowalniający.

III. Kol. Tomaszewski przedstawił preparaty wątroby i nerki prawej 7-letniego chłopca. Chłopca tego przysłał kol. Trenkner do szpitala Anny Maryi. Przejechany przez dorożkę żył ten chory wszystkiego po wypadku 3 godziny. Przy sekcyi okazało się, że połowa prawego płatu wątroby była zupełnie oderwana od reszty, wisiała jedynie na żyle wrotnej. Jama brzuszna była cała wypełniona krwią. Prawa nerka u wnęki była pęknięta na przestrzeni 5 cm.

Posiedzenie z d. 4. II. 1914.

Przewodniczy Sterling, sekretarz Tomaszewski.

I. Kol. Eisner przedstawił: 1) kobietę, u której **resekował** prawą **połowę szczęki dolnej z powodu mięsaka;** po resekcyi wstawił szczękę kauczukową i trzymał ją 6 tygodni, poczem wyjął, a dentysta skonstruował protezę z zębami; 2) mężczyznę po **resekcyi stawu skokowego** metodą Langenbecka z powodu źle zrośniętego złamania; rentgenogram.

II. Kol. Sterling przedstawił kobietę z **gruźliczem owrzodzeniem na wardze** dolnej, u której zamierza wstrzyknąć szczepionkę Friedmana.

III. Kol. Sterling wygłosił pierwszą część swego odczytu: **O sposobach określania ciśnienia krwi** (z przedstawieniem przyrządów).

IV. Kol. Tomaszewski przedstawił **nerkę,** wyjętą operacyjnie u dziewczyny 15-letniej. Nerka 3 razy większa od prawidłowej, wypełniona ogniskami rozpadu i jamami. Dziewczynę przyjęto do szpitala powtórnie, ponieważ za pierwszym razem rodzice nie chcieli się zgodzić na operacyę. W prawem podżebrzu można było wyczuć guz wielkości głowy nowonarodzonego dziecka, ruchomy, bolesny. Chora oprócz tego skarżyła się na bóle w prawej nodze, które były tak dokuczliwe, że całe godziny płakała i jęczała: trzeba było wstrzykiwać morfinę. Charakterystyczne, że kiedy po kilku dniach pobytu w szpitalu odeszło pewnego dnia dużo ropnego moczu, guz zmniejszył się i bóle ustąpiły. Chorą cystoskopowano i cewnikowano moczowody. Zabiegów tych dokonał kol. Brabander. Ujście prawego moczowodu zaczerwienione, wokoło owrzodzenia; ujście lewego moczowodu zupełnie prawidłowe. Mocz z lewego moczowodu jasny i przeźroczysty, nie zawiera białka. W prawym moczowodzie cewnik zatrzymuje się na wysokości 7 cm od ujścia. Próba indygokarminowa nie powiodła się. Osad z moczu w ilości 2 cm wstrzyknięto do otrzewnej śwince morskiej na 3 dni przed operacyą. Operacyi dokonano w uśpieniu eterowem. Chora (już 10 dni po operacyi) ma się zupełnie dobrze, wstała i chodzi. Zagojenie rany doraźne. Ilość moczu 1. i 2. dnia po operacyi wynosiła 600 cm; czwartego dnia wzrosła do 1800, tak, że trzeba było dyetę płynną zmienić. Badanie drobnowidowe wykazało obraz **gruźlicy.**

V. Kol. Perlis przedstawia następujące przypadki: 1) **Nadnerczak nerki lewej.** Kobieta 37-letnia, zamężna, matka 6 dzieci. Od 4 miesięcy bóle w lewej okolicy lędźwiowej, osłabienie, chudnięcie. W lewej połowie podbrzusza wymacała chora stwardnienie, szybko się powiększające. Obecnie lewe podbrzusze od 12. żebra aż do więzadła wypełnia guz twardy, bolesny, odpowiadający lewej nerce. Ilość moczu dobowa do 1200. Mocz nieco mętny, zawiera niewiele ciałek białych i nieco czerwonych. Wałeczków niema. Mocz ten wydobyto z prawego moczowodu; z lewego przez cewnik moczowodowy nic się nie wydziela, a otwór cewnika zatyka się małymi zlepami włóknika. Chora bardzo wychudzona, na krzyżu kilka powierzchownych odleżyn.

Nephrectomia. Pomimo dużych rozmiarów guza wydobycie nerki dość łatwe. W otoczce bardzo silnie rozwinięte naczynia. Krwawienie nieznaczne. Przebieg poopera-

cyjny bardzo dobry; ani razu podniesienia ciepłoty nie było. Przez pierwsze dwie doby po zabiegu ilość moczu do 700. Od 3. doby 1000 do 1200 o składzie zupełnie prawidłowym. Gojenie bardzo szybkie. Po 4 tygodniach przybyło chorej 7 klg. Badanie mikroskopowe guza wykazuje budowę nadnerczaka. (Pokaz preparatu przez kol. Eisnera).

2) **Włókniak** jamy ustnej (fibroma pendulum), **wychodzący z dziąsła** górnego w okolicy lewego przedniego zęba trzonowego, wielkości dużej pomarańczy, usunięty u 50-letniej włościanki. Chora zauważyła przed dwoma laty mały ruchomy guziczek na dziąśle, który powoli powiększał się. Obecnie guz przylega do całego podniebienia twardego, wypukla boczną swą powierzchnią lewy policzek na zewnątrz i ku przodowi, a dolną powierzchnią leży na wyrostku zębodołowym dolnym. Część zębów wypadła, część siedzi luźno. Chora może spożywać tylko płynne pokarmy w pozycyi głowy przechylonej na prawo, część płynów jednakowoż wypływa z jamy ustnej. Guz nie jest zrośnięty z otaczającemi tkankami w jamie ustnej i łatwo daje się wydobyć na zewnątrz ust, a wtedy zwisa na podbródek i zajmuje przestrzeń od górnej wargi do lewej małżowiny usznej. — Wyłuszczenia guza dokonano przez przecięcie szypuły w miejscowem znieczuleniu. Po operacyi chora zupełnie prawidłowo przełyka stałe pokarmy.

VI. Kol. Eisner przedstawił preparat **mięsaka szczęki**, pochodzący z tejże chorej.

VII. Kol. Lange przedstawił: 1) **śledzionę** ważącą 8 klg., pochodzącą z chorego, który umarł na **białaczkę**, — 2) preparat mikroskopowy **raka przełyku**.

Posiedzenie z d. 18. II. 1914.

Przewodniczący Dr Krusche, sekretarz Tomaszewski.

I. Kol. A. Goldenberg przedstawił ucznia progimnazyum, lat 13, u którego przy badaniu szkolnem stwierdził **opadnięcie obu nerek** III stopnia (nerki wędrujące). Uczeń ten na żadne dolegliwości nie narzekał, trawienie prawidłowe. Budowa ciała nie przedstawia wybitnych zboczeń (nie typowy habitus asthenicus Stillera). W wywiadach dwa czynniki usposabiające: konna jazda i przebyty przed 2 laty dur brzuszny. — Kol. G. twierdzi, że opadnięcie jednej nerki wśród chłopców znajduje nierzadko. Kilku uczniów przedstawiał przed 3 laty na posiedzeniu Sekcyi pedyatrycznej łódzkiej. Kol. G. zachęca pedyatrów i lekarzy szkolnych do badania podżebrzy młodzieży w pozycyi stojącej, ponieważ stwierdzenie opadnięcia nerek ma u uczniów ważne znaczenie zapobiegawcze (uczeń powinien być uwolniony od gimnastyki, wstrzymać się od jazdy na rowerze i konno, wreszcie — wybrać sobie odpowiedni zawód, nie wymagający wielkiego wysiłku fizycznego).

II. Kol. Margolis przedstawia chorą z ogromnem **opadnięciem śledziony i wątroby.**

III. Kol. Klosenberg przedstawił chorego z **pląsawicą dziedziczną.** (Choruje od 4 lat, w rodzinie matka, siostra i kuzyn cierpią na tę chorobę).

IV. Kol. Grosglik przedstawił następujące przypadki: 1) Rodzina, złożona z matki, 37 lat, pięciorga dzieci (2 córki: 18 resp. 10 lat i trzech synów: 15, 7, 4 lata) i siostrzenicy (20 lat). Babka dzieci oraz matka siostrzenicy były dotknięte tem samem cierpieniem. Razem 9 osób jednej rodziny, a o ile wiadomo, przynajmniej trzy pokolenia. U wszystkich pięciorga dzieci (o innych brak danych) w III—IV dniu życia powstają pęcherze na rękach i stopach, poprzedzone silnem swędzeniem, co widać z ciągłego tarcia nóżek. Pęcherze goją się w 2—3 tygodni, po kilku zaś tygodniach ukazują się znowu plamy ciemno-brunatne na całem ciele. Związek między pęcherzami a plamami jest tak stały, że gdy u którego noworodka ukażą się pierwsze, rodzice nieomylnie przepowiadają drugie. Jedno z dzieci — 9-letni chłopiec — wolne od pigmentacyi, nie miało właśnie pęcherzy w pierwszych dniach życia. Czy później wydarzały się wysypki, na to trudno było otrzymać jakąś jasną odpowiedź. Pigmentacya obejmuje całe ciało od owłosionej części głowy do paznokci u rąk i nóg, oczywiście w rozmaitym stopniu, stosownie do wieku; n. p. 4-letni i 7-letni chłopiec ma ją jeszcze na twarzy; matka na szyi; tułowiu i kończynach aż do kolan; u 10-letniej zaś córki widać pigmentacye na śluzówce warg. Plamy są ciemnobrunatne z przewagą koloru czarnego, tworzą figury zamknięte nieprawidłowego kształtu, nie wyniosłe. W ciągu życia plamy stopniowo bledną i wśród rozlanej pigmentacyi skóry widać liczne miejsca białe, okrągłe, z zanikłą skórą, która n. p. na pośladkach łatwo daje się marszczyć; czasami, n. p. na kończynach odbarwione miejsca zanikowe mają kształt linearny. U wszystkich osób istnieje dermografizm, u niektórych bardzo wybitny. U wszystkich skóra na kończynach okazuje bardzo wybitną livedo annularis. Nadto paznokcie u 3 osobników są zgrubiałe, zniekształcone i często wypadają. Zważywszy, że u noworodków pokrzywka nader łatwo może przybierać postać pęcherzową (urticaria bullosa), za czem przemawia swędzenie, poprzedzające pęcherze; że pigmentacya skóry występuje u wszystkich osób w najwcześniejszem dzieciństwie, gdzie o zabarwieniu następczem, jak n. p. po sprawach zapalnych lub wskutek drapania nie może być mowy; że zabarwienie to żadnego innego nie przypomina; że wybuchy pokrzywki u osób, dotkniętych chorobą, w danym przypadku rozpoznawaną, prawie nigdy nie wydarzają się po pierwszym roku życia; że u wszystkich istnieje dermografizm mniej lub więcej wybitny; że te wszystkie cechy żadnej innej formie chorobowej nie odpowiadają: kol. G. rozpoznaje **pokrzywkę barwikową** (urticaria pigmentosa). Spostrzeżenie kol. G. różni się od dotychczas znanych pod następującymi względami: 1) długotrwałością (u matki w 37 r. sprawa jeszcze nie zakończona), 2) charakterem dziedzicznym i familijnym; 3) skłonnością do zaniku skóry i dystrofii paznokci; 4) przewagą zjawisk pigmentacyjnych nad pokrzywkowymi. Z tego względu kol. G. uważa wogóle zaliczenie pokrzywki barwikowej do kategoryi pokrzywek za niewłaściwe i sądzi, że etyologii tego cierpienia szukać należy w zaburzeniach układu współczulnego i wydzielania wewnętrznego.

2) 34-letnia kobieta z **samorodnem złamaniem kiłowem** (fractura spontanea syphil.) w okołostawowej górnej części lewego przedramienia. Osteoperiostitis gummosa humeri, cubiti et antibr. sin. Blizny po owrzodzeniach trzeciorzędnych w innych miejscach. W = +++.

3) 37-letni mężczyzna, który od 2 lat odczuwał ból w prawem kolanie i wtedy także ból głowy gwałtowny typu nocnego; odtąd od czasu do czasu bóle głowy. Od 5 miesięcy pogorszenie ze strony kolana, jednocześnie obrzmienie. Wiewiór wyłączony. W = — — —. Wymiary kolana prawego w chwili największego natężenia sprawy: nad rzepką — 40, na rzepce 41, na guzie k. piszczelowej (tuberositas tibiae) 37 cm. Wymiary lewego: 36·5, 36·5, 33·5. Kol. G. leczył kiedyś matkę chorego na liczne objawy późnej kiły trzeciorzędnej, przeważnie w kościach i stawach, i na tej zasadzie rozpoznał **gonitis gummosa hereditaria**, pomimo ujemnego wyniku odczynu Wassermanna. Wynik leczenia swoistego potwierdza rozpoznanie. Chory chodzi, pracuje, nie doznaje bólów, a wymiary wynoszą: 36·5, 38·5, 33·5.

4) 68-letni starzec **ze świeżą kiłą**: sclerosis erosiva ingens sulci, scleradenitis biing. exigua, roseola capillitii, roseola trunci et extr., papulae aggregatae extremitatum, papulae hypertr. labii infer., papulae erosiv. ani. Jak na początek — dość ciężki obraz. (Streszczenie własne).

V. Kol. Pański przedstawia chorego — już raz pokazywanego w Tow. z powodu **guza mózgu**. Guz okazał się torbielą. Obecnie chory jest po operacyi. Operacya była dwuczasowa i polegała na opróżnieniu torbieli, która znajdowała się w prawej półkuli móżdżku. Bóle głowy ustąpiły i wzrok poprawił się.

VI. Kol. Goldberg wygłosił odczyt **o stanie fizy-**

cznym młodzieży w wieku szkolnym na podstawie badań uczniów w 4. kl. szkoły handlowej, przyczem zaznaczył różnicę w rozwoju fizycznym między młodzieżą chrześciańską a żydowską.

Posiedzenie z d. 4. III. 1914.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz kol. Tomaszewski.

I. Kol. Goldberg przedstawia: 1) Przypadek **kłykcin kończystych odbytu** (condylomata acuminata) u mężczyzny 23-letniego, rozmiarów 2 pięści. 2) Przypadek **całkowitego wyłuszczenia krtani wraz z nagłośnią**. Operacya w znieczuleniu chloroformowem. Tracheotomia niższa, a następnie wyłuszczenie krtani. Przebieg bezgorączkowy. 3 dni chory był karmiony zgłębnikiem, potem zaczął łykać, początkowo płynne, a potem i stałe pokarmy. Od operacyi przeszło 3 tygodnie. Chory zaczyna szeptem uczyć się mówić, chociaż jama gardła szczelnie oddzielona od tchawicy.

II. Kol. Perlis przedstawił 12-letniego chłopca, od lat 9 cierpiącego na przewlekły **ropotok lewego środkowego ucha** z zajęciem wyrostka sutkowego. Kilkakrotne zabiegi, a przed pół rokiem operacya doszczętna, wykonana w Krakowie, nie dały dotąd wyniku: ropienie z przewodu trwa dalej, przetoka zaś nie okazuje skłonności do gojenia się. Obecnie przewód zewnętrzny łączy się z przetoką za uszną zapomocą sporego otworu, pozostałego po operacyi doszczętnej. Przetoka wyrostkowa wypełniona cuchnącą krwawiącą ziarniną i sporą ilością martwaków. Opona twarda obnażona w okolicy zatoki poprzecznej. Część przetoki w głębi pokryta przeszczepionym płatem, pokrytym drobnym puszkiem. Po usunięciu ziarniny, martwaków i przeszczepionego płata, jamę znacznie rozszerzoną osuszono, wyjałowiono gorącem powietrzem i wszczepiono w nią płat tłuszczu, wzięty z uda chorego. Brzegi przetoki uruchomiono i złączono szwami. Zgojenie doraźne. Blizna mocna, gładka. Ropienie z przewodu ustało.

III. Kol. Sterling wygłosił drugą część swego odczytu **o sposobach określania ciśnienia krwi** (z przedstawieniem przyrządu Pachona).

IV. Kol. Tomaszewski przedstawił **kamień pęcherza moczowego,** wydobyty u dziewczynki zapomocą cięcia nadłonowego. Kamień ten z tego względu zasługuje na uwagę, że trzon jego znajdował się w pęcherzu, a odnoga dochodziła do zewnętrznego ujścia cewki. Dziewczyna stale oddawała mocz pod siebie.

V. Kol. Grosglik przedstawia: 34-letnią kobietę, która aż do chwili powstania obecnej choroby była zawsze zdrowa, od lat 10 zamężna. Chora ma czworo dzieci zdrowych; najmłodsze urodziło się przed 4 miesiącami. W maju b. r. mija 3 lata, gdy chora zaczęła uczuwać gwałtowne swędzenie w dolnych kończynach od stóp do brzucha. Po jakichś 2 miesiącach spostrzegła na goleniach, udach, pośladkach »liszaje«: były to, jak chora twierdzi, miejsca cokolwiek wyniosłe, okrągławe i jakby »stębnowane«. Podobne miejsca powstawały później na ramionach, następnie na tułowiu; przed rokiem zaś zauważyła chora swędzenie i zaczerwienienie na twarzy i głowie. Łuszczenie, przynajmniej obfitsze, istnieje podobno dopiero od $^1/_2$ roku i było zawsze drobne. Przerw w rozwoju choroby podobno nie było; przebieg był stały, nieprzerwany. Już od dłuższego czasu spostrzegła chora podobieństwo własnej skóry do skóry »oskubanej gęsi«, również sama zwróciła uwagę na dziwne wrażenie, jakiego doznaje, przechodząc dłonią po własnem ciele: wrażenie tarki. Od 5 miesięcy włosy zaczęły wypadać na głowie, brwiach, rzęsach, pod pachami i na wzgórku łonowym.

Stan obecny: 1) Głowa: włosy przeważnie wypadły, pozostałe zaś wychodzą bez wszelkiego wysiłku. Skóra bardzo sucha, twarda, zgrubiała, zwłaszcza w okolicy potylicznej, czerwona, pokryta łuskami cienkiemi, mocno przystającemi do skóry, drobnemi, gdzieniegdzie większemi. Powierzchnia bardzo nierówna, złożona z drobnych wypukłości i wklęsłości, trudno jednak dostrzedz pojedyncze wykwity, miejscami strupy i ślady drapania. 2) Twarz: na czole, policzkach, mniej na podbródku, widać całe skupienia bardzo drobnych guziczków, wielkości łebka małej szpilki lub trochę większych. Skóra czerwona, najwięcej na nosie, pokryta drobnemi łuskami, zgrubiała, twarda, sucha. Powieki nabrzmiałe, bez brwi, bez rzęs; wyraźne ektropion, trochę większe na lewem oku. Uszy obrzękłe, suche, twarde, z łuskami, ale bez widocznych guziczków. Wszędzie ślady drapania. 3) Szyja i kark: pełno guziczków. 4) Tułów: wszędzie rozsiane skupienia drobnych guziczków, nawet na sutkach. Na bokach i grzbiecie guziczki są najwidoczniejsze, zarówno na follikulach, jak i między niemi, z guziczków sterczą zatyczki rogowate i tu właśnie wrażenie tarki oraz podobieństwo do oskubanej gęsi występują nader wybitnie. Architektura powierzchni skóry niezwykle uwypuklona. Pod pachą włosów brak. 5) Górne kończyny: Choć zmiany występują najwydatniej na powierzchni wyprostnej, nie brak ich przecież na powierzchni wewnętrznej, a nawet w zgięciach łokciowych, gdzie widać drobniutkie guziczki. Wszędzie skóra o cechach powyżej opisanych. Palce są wolne od zmian, natomiast swędzą dość mocno. 6) Krzyż, pośladki i uda: pełno guziczków mniejszych i większych. Łuski bardzo drobne. Skóra bardzo naciekła, twarda, sucha, o architekturze nader wybitnej. Na wzgórku łonowym brak włosów. 7) Kolana, golenie i stopy: jak wyżej, zmiany bardzo wydatne. Na goleniach strupy i blizny po owrzodzeniach, powstałych wskutek drapania; skóra ścieńczała, zanikła, bliznowata, zwłaszcza na grzebieniach piszczelowych, które są bolesne. Dłonie i podeszwy zgrubiałe, ale bez guziczków. Tylko miejscami guziczki są widoczne, przeważnie zaś tworzą rozlane »plaques«, w których trudno już dopatrzeć się pojedynczych wykwitów. Paznokcie nietknięte. Swędzenie nadzwyczajne. Bezsenność. Chora stale odczuwa zimno, nawet w ciepłym pokoju lub w łóżku. Gruczoły szyjne, pachowe i pachwinowe powiększone. W ostatnich miesiącach znaczne chudnienie i upadek sił. W narządach wewnętrznych niema nic szczególnego, poza lekkiem rozszerzeniem serca w kierunku poprzecznym. Ślady białka, wzmożone substancye redukujące. Odczyn Pirqueta ujemny. Na zasadzie charakterystycznych guziczków, gwałtownie swędzących, w związku z wrażeniem tarki, podobieństwem wielu miejsc do skóry dopiero co oskubanego ptaka, kol. G. rozpoznaje **lichen ruber acuminatus universalis.** Wobec rozlanej sprawy, która w wielu miejscach utrudnia rozpoznanie wykwitów pojedynczych, za liszajem kończystym, a przeciw liszajowi płaskiemu przemawiają: 1) zajęcie całej głowy i twarzy, nader rzadkie przy liszaju płaskim; 2) wypadanie włosów powszechne; 3) brak ciemnych pigmentacyi, tak właściwych liszajowi płaskiemu; 4) chudnienie i zakłócenie ogólnego stanu, powstałe w krótkim czasie; 5) rozszerzenie cierpienia na całe ciało. Przeciw pityriasis rubra univers. Hebrae przemawiają: 1) skóra naciekła; 2) swędzenie niezmierne; 3) brak napięcia skóry i uwydatniona architektura powierzchni skóry; a przedewszystkiem 4) obecność charakterystycznych guziczków. (Streszczenie własne).

† Dr Karol Benni.

W dniu 21 lutego b. r. zmarł jeden z najpopularniejszych i najzasłużeńszych lekarzy warszawskich, znany przedewszystkiem jako pracownik na niwie społecznej, dr Karol Benni, przeżywszy lat 73.

W życiu kulturalnem i umysłowem Warszawy odgrywał Dr Benni przez szereg lat bardzo wybitną rolę, jako ruchliwy działacz społeczny, miłośnik sztuki i literatury. Karol Benni był prezesem Towarzystwa przemysłu ludowego w Królestwie Polskiem, przewodniczącym Muzeum rzemiosł i rolnictwa, członkiem honorowym Towarzystwa zachęty sztuk pięknych w Warszawie i w Krakowie. Salon literacki Dra Benniego, gdzie stale odbywały się co piątek zebrania najpoważniejszych przedstawicieli nauki i sztuki, znany był w całej Polsce. Stałymi gośćmi bywali tam: Piotr Chmielowski, Al. Jabłonowski, Wł. Bogusławski, Józef

Kenig, Henryk Sienkiewicz, Bolesław Prus, wogóle wszyscy najwybitniejsi pisarze polscy. Trwałymi pomnikami pracy i zabiegów Dra Benniego jest Muzeum ludowe, gmach Towarzystwa sztuk pięknych, Muzeum przemysłu i rolnictwa. Należał też do najgorliwszych członków komitetu budowy pomnika Mickiewicza w Warszawie. W wielu innych pracach społecznych i kulturalnych spieszył ze szczęśliwą inicyatywą i dzielną pomocą.

Z powodu swej społecznej działalności otoczony szacunkiem w całym kraju, był Dr Benni w samej Warszawie znany także jako wybitny lekarz. Już w Paryżu, gdzie ukończył studya lekarskie w r. 1867, poświęcał się chirurgii. Po powrocie do kraju był asystentem w klinice chirurgicznej prof. Korzeniowskiego w Warszawie, później aż do r. 1880 ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus. Stamtąd też wyszły trzy prace jego, ogłoszone w »Klinice« oraz w »Medycynie« w r. 1869 i 1873, oraz szereg spostrzeżeń kazuistycznych, przedstawianych w Warszawskiemu Towarzystwie lekarskiem.

† Dr Jan Gawlik.

(Wspomnienie pośmiertne).

Wśród zmarłych w roku ubiegłym należy się osobne wspomnienie ś. p. dr. Gawlikowi, jednemu z najlepszych przedstawicieli młodszego pokolenia naszych lekarzy, działających w trudnych warunkach pracy na prowincyi.

Już z domu wziął ś. p. Gawlik tradycyę tej pracy. Syn szanowanego lekarza, w swoim czasie czynnego także na niwie piśmienniczej, urodził się ś. p. Jan Gawlik w Suchej na Podkarpaciu w r. 1870, szkoły średnie i medycynę przebył w Krakowie, gdzie też doktoryzował się w r 1894, poczem poświęcał się studyom ginekologicznym w klinice prof. Jordana, a chirurgicznym w szpitalu św. Łazarza na oddziale prof. Obalińskiego. Był to czas, kiedy u boku nieodżałowanej pamięci Obalińskiego pracował wyjątkowo dobrany zespół młodzieży lekarskiej, ożywiony zapałem i wysoko pojmujący ideały lekarskie i humanitarne. Nie mówiąc o żyjących, wymienić wystarczy oprócz ś. p. Gawlika dwóch jeszcze z tego grona, zgasłych przedwcześnie: dr. Karola Kaczkowskiego i doc. dr. Stanisława Drobę. Całe to grono przeszło do kliniki chirurgicznej wraz z Obalińskim, gdy obejmował katedrę; w tej też klinice był później ś. p. Gawlik pierwszym asystentem i zdawało się, że przy jego zdolnościach i pracy czeka go karyera uniwersytecka. Jednakże wątłe, a wyczerpującą pracą nadwerężone zdrowie zmusiło dr. Gawlika do przesiedlenia się do Zakopanego. Tu objął kierownictwo szpitala klimatycznego, założył lecznicę chirurgiczną i wkrótce zyskał wzięcie nietylko na całem Podhalu, ale i z tamtej strony Tatr, na Spiżu i Orawie. Przed paru laty przesiedlił się na krótko do Krakowa; z początkiem r. 1914 obejmuje kierownictwo szpitala powszechnego, nowo otwartego w Nowym Targu. Na tem stanowisku, wykonując ogrom pracy (sam, bez sekundaryusza, którego powołano na plac boju), stawia dział chirurgiczny odrazu na wysokim poziomie i oddaje niepospolite usługi ludności cywilnej, jak i rannym w boju żołnierzom. Nie dziw, że przy takiej pracy nie na długo już starczyło sił dr. Gawlikowi; zgasł przedwcześnie, w 45. ledwo roku życia, w Krakowie 4 września 1915.

W naszych warunkach na szczególne podniesienie zasługuje okoliczność, że ś. p. dr Gawlik był jednym z niezbyt licznych jeszcze w Galicyi lekarzy prowincyonalnych, czynnych na polu piśmienniczem. Z prac ś. p. Gawlika wyszła rzecz: O przyszyciu nerki wędrującej, w »Zbiorze prac, wydanym ku uczczeniu pamięci prof. Obalińskiego« (1899), inne zaś, jak o operacyjnem leczeniu przetok moczowodowopochwowych i macicznych (1899), o przypadkach podskórnego urazowego pęknięcia wątroby (1909), wypadnięcia mózgu, jako powikłania pooperacyjnego, powikłania ciąży jajowodowej (1911) i ostrej niedrożności jelita przez zatkanie i wgłobienie (1913) — w »Przeglądzie lekarskim«.

Miarą uznania, jakie zdobył sobie ś. p. dr Gawlik są dwa wspomnienia, ogłoszone w »Gazecie podhalańskiej« (1915, Nr 36 i 38), oraz zebranie dla uczczenia Jego pamięci funduszu (4133 K) dla wsparcia ubogich rekonwalescentów, opuszczających szpital Nowotarski.

b.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wobec bardzo groźnego szerzenia się epidemii ospy w kraju, postanowił Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego ze swej strony użyć wszelkich środków, aby dopomódz do zapobieżenia większej klęsce. W tym celu przy poparciu Senatu zorganizował Wydział praktyczne kursa szczepienia i odpowiednie wykłady dla wszystkich słuchaczy Uniwersytetu i zawiesił na 6 tygodni wykłady, aby słuchacze, wykształceni w szczepieniu, niezwłocznie mogli być wysłani na szczepienia w całym kraju. Aby zaś nauczanie przez tę przerwę w wykładach nie poniosło szkody, przedłużono półrocze zimowe tak, że w r. 1916 nie będzie feryi wielkanocnych. Za wzorem Wydziału lekarskiego poszedł Wydział filozoficzny i prawniczy Wszechnicy krakowskiej. Na kursa nauki szczepienia i wykłady zgłosiło się kilkuset słuchaczy. Wysłaniem ich i wyekwipowaniem zajęła się Sekcya sanitarna Krakowskiego Komitetu Biskupiego, którą kierują prof. dr. Godlewski jun. i prof. dr Marchlewski. Pierwsze grupy szczepiące wyjechały niezwłocznie do powiatów najbardziej zagrożonych, dalsze są szybko wysyłane do innych okolic. Funduszów na przeprowadzenie akcyi dostarczyło c. k. Namiestnictwo i Krakowski Komitet Biskupi. Akcya ta zakreślona została na szeroką skalę; liczbę osób, które mają być szczepione, obliczono w Galicyi na przeszło 3 miliony. Poprzednio już grupy szczepiące, rozsyłane po kraju przez Krakowski Komitet Biskupi od września r. z., zaszczepiły około $^1/_4$ miliona osób.

W toku są starania, aby akcyę tę można rozciągnąć na część Królestwa, zajętą przez wojska austryacko-węgierskie.

Krajowe Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża obejmuje część akcyi, głównie we wschodnich powiatach Galicyi, z pomocą słuchaczy Wydziału lekarskiego lwowskiego, który uczniów swych do niej zachęcił.

— W Lublinie odbyły się 4 do 7 lutego b. r. obrady Głównego Komitetu ratunkowego (G. K. R.), działającego w tej części Królestwa Polskiego, którą zajęły wojska austryacko-węgierskie. Dzienniki podają, że Wydział sanitarny G. K. R., w którego obradach uczestniczyli też przedstawiciele Krakowskiego Komitetu Biskupiego, Czerwonego Krzyża galicyjskiego, oraz Wydziału sanitarnego przy gubernium, zajmował się sprawą walki z zarazami. Przyjął on do wiadomości, iż z ramienia K. B. K. w tych dniach wyrusza do Królestwa kolumna sanitarna, a wnet po niej wyjadą tam i grupy szczepiące ospę. Delegat Stow. Czerwonego Krzyża objaśnił, iż rozpoczęto akcyę w celu

walki z chorobami wenerycznemi. Akcya ta jest prowadzona przedewszystkiem przez władze wojskowe, na których żądanie ma w Lublinie powstać wielki szpital kobiecy na 400 łóżek; będzie zaś staraniem Czerwonego Krzyża, by koszta utrzymania tej instytucyi nie obciążyły ludności miejscowej.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 9. II. b. r. przyjęto do wiadomości, że memoryał Towarzystwa, wniesiony do Najwyższej Rady zdrowia w sprawie zwalczania chorób zakaźnych w kraju (na ręce Prof. Dr Kostaneckiego) został wobec swej wagi niezwłocznie przez Prezydenta Rady zdr., Prof. Weichselbauma, przydzielony Komitetowi Rady dla zwalczania chorób zakaźnych. Na miejsce ś. p. dr. Borzęckiego wybrano delegatem Towarzystwa do Komitetu odbudowy kraju prof. dr. Nitscha. Następnie przedstawiał kol. Piltz ze swojej kliniki przypadki psychiatryczne, jakoto: psychozy maniakalno-depresyjnej, stanów paranoidalnych i otępień paranoidalnych. W dyskusyi przemawiali kol. Blassberg, Ciechanowski, Klecki, Rogalski, Majewski. — Na posiedzeniu Towarzystwa w d. 23 II. b. r. przedstawiali chorych kol. Borowiecki. Michejda i Weissglas, poczem kol. Klęsk miał wykład z dziedziny chirurgii nerwów. W dyskusyi przemawiali kol. Blassberg, Borowiecki, Klęsk, prof. Piltz, prof. Kader, doc. Mazurkiewicz.

— Na dalsze posiedzenia Towarzystwa lekarskiego krakowskie zgłosili m. i. wykłady kol. Bujak, Dadej, prof. Godlewski, prof. Nowak, prof. Piltz, prof. Rosner, Radwańska, doc. Zubrzycki.

— Zarząd Biblioteki Krakowskiego Tow. lek. składa serdeczne podziękowanie JWP. Drowi Janowi Lachsowi za cenne roczniki, ofiarowane Bibliotece. Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stanisław Strzelichowski z Krakowa.

— Dr W. Kuźniar złożył z odznaczeniem egzamin fizykacki.

— W Jarosławiu odbył się jubileusz 25-letniej działalności Dr. Adolfa Dietziusa na stanowisku burmistrza miasta. Rada miejska uchwaliła na osobnem uroczystem posiedzeniu jednomyślnie przeznaczyć 5000 K na fundacyę imienia Jubilata, oraz jedną z głównych ulic miasta (część ul. Krakowskiej) nazwać ulicą dra Adolfa Dietziusa.

Czcigodnemu Jubilatowi składamy życzenia, by jeszcze długie lata mógł działać dla dobra swych współobywateli równie owocnie i chlubnie, jak przez poprzednie ćwierć wieku.

Lwów. Oprócz ospy, która długi czas bardzo silnie grasowała w mieście, a którą dopiero w ostatnich czasach zdołano trochę opanować, zaniepokojenie budzi znaczny wzrost przypadków chorób wenerycznych; liczba samych leczonych w szpitalu powszechnym wzrosła przeszło w dwójnasób. Toteż miejska Komisya sanitarna, po przeprowadzeniu organizacyi walki z ospą, zajęła się z kolei przy udziale prof. dr. Łukasiewicza i dr. Papéego, prezydenta Izby lekarskiej, sprawą zwalczania chorób wenerycznych

Łódź. Towarzystwo lekarskie łódzkie wybrało na r. 1916 następujący zarząd: prezes dr Krusche, wiceprezes dr S. Sterling, sekretarz dr Tomaszewski, skarbnik dr Grundzach, bibliotekarz dr Prechner.

Z różnych stron. W Genewie obchodził nestor uczonych lekarzy polskich, znakomity anatom, długoletni uniwersytetu genewskiego profesor, dr Zygmunt Laskowski, 75. rocznicę urodzin, a zarazem jubileusz 40-letniej pracy naukowej. Dla uczczenia obu tych rocznic odbył się w d. 19 stycznia w Genewie z inicyatywy polskiej młodzieży obchód jubileuszowy, o czem wiadomość przez dzienniki teraz dopiero doszła do kraju. W amfiteatrze szkoły medycznej w Genewie zgromadziły się tłumy kształcącej się młodzieży różnych narodowości, aby złożyć hołd zasłudze. Mowy wygłosili przedstawiciele zarówno Szwajcarów, jak i cudzoziemców.

Prof. Zygmunt Laskowski, urodzony 19 stycznia 1841 w Warszawie, był jako student Akademii lekarskiej warszawskiej wybitnym uczestnikiem powstania 1863 roku. W chwili wybuchu ruchu zbrojnego zaciągnął się wraz z dwoma braćmi do szeregów powstańczych. Później z nominacyi Rządu Narodowego sprawował urząd prezydenta Warszawy, wkrótce jednak powrócił na pole walki i z bronią w ręku wraz z braćmi pojmany został do niewoli. Z cytadeli warszawskiej powiodło mu się uciec i przez kordony przedostać się do Paryża. Medycynę studyował w dalszym ciągu w Cambridge, Londynie i Paryżu, już wtedy z zamiłowaniem poświęcając się anatomii po kierunkiem Humphreya w Cambridge, a Sappeya w Paryżu. Doktoryzował się w Paryżu w r. 1867, w dwa lata potem zaczął tamże wykłady anatomii i chirurgii operacyjnej w szkole lekarskiej jako docent (professeur libre), ale wojna r. 1870 przerwała tę działalność dydaktyczną. Wstąpił jako lekarz do armii francuskiej, odbył całą kampanię i otrzymał obywatelstwo francuskie i order legii honorowej. Po wojnie powrócił do przerwanej pracy naukowej, a od roku 1876, gdy Akademia genewska przekształcona została na uniwersytet, objął w Genewie katedrę anatomii. Prace swoje ogłaszał głównie po francusku. Z końcem bieżącego roku szkolnego prof. Laskowski opuszcza katedrę.

Sędziwego Jubilata otacza nietylko szacunek i żywa pamięć jego zasług w kraju, ale także gorąca miłość rodaków na obczyźnie, którym świadczył wiele dobrego. Do życzeń jubileuszowych przyłącza się gorąco cała Polska i ogół lekarzy polskich.

— Dzienniki donoszą, że Dr Józefa Joteyko otrzymała katedrę fizyologii w »College de France« w Paryżu.

— W schronisku dla lekarzy »Ärzteheim« w Marienbadzie może być przyjętych w tym roku od maja do września 65 lekarzy (13 na miesiąc), potrzebujących wypoczynku i leczenia. Pierwszeństwo mieć będą lekarze, których zdrowie ucierpiało z powodu pracy w czasie obecnej wojny. Przyjęci do schroniska korzystają z bezpłatnego pomieszkania, składając tylko małą opłatę na utrzymanie schroniska, z bezpłatnych kąpieli, nie płacą taks kąpielowych i t. d. Podania należy wnosić do Zarządu (Vorstand des Vereines Ärtzliches Erholungheim in Marienbad). Przedewszystkiem uwzględniane będą podania członków Towarzystwa utrzymującego schronisko (wkładka roczna najmniej 5 koron).

Mianowania i odznaczenia: Prof. Dr A. Mars we Lwowie otrzymał tytuł radcy dworu; krajowy referent sanitarny radca nam. dr Z. Lachowicz — order żelaznej korony III klasy; inspektorowie sanitarni krajowi dr K. Krzyżanowski i dr A. Kuhn, oraz starsi lekarze powiatowi: dr M. Lewicki (Czerniowce), dr W. Momidłowski (Kraków), dr H. Nycz (Nowy Sącz), — krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa.

Zmarli: Dr Ludwik Janczarski, wychowaniec Wszechnicy Jagiell., z zakażenia się przy operacyi w Kijowie; Dr Maciej Godecki, lekarz powiatowy w Lubartowie, z duru plamistego; dr Paweł Jaglarz, starszy lekarz sztabowy, w niewoli rosyjskiej w Kokam w Turkestanie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. 1916. Zeszyt 2. (Monachium, J. F. Lehmann). Cena 1·50 Mk. całego rocznika 16 Mk.

Poświęcony, jak co roku, chorobom krążenia, zawiera tegoroczny zeszyt lutowy dwie rozprawy prof. A. Hoffmanna: O kiłowych schorzeniach układu naczyniowego i o badaniu układu krążenia zapomocą promieni Roentgena, oraz dwie prace prof. von den Veldena: O odczynowem leczeniu zapalenia płuc oraz uwagi krytyczne o leczeniu optochinowem.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LV. Kraków, 1. kwietnia 1916. Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

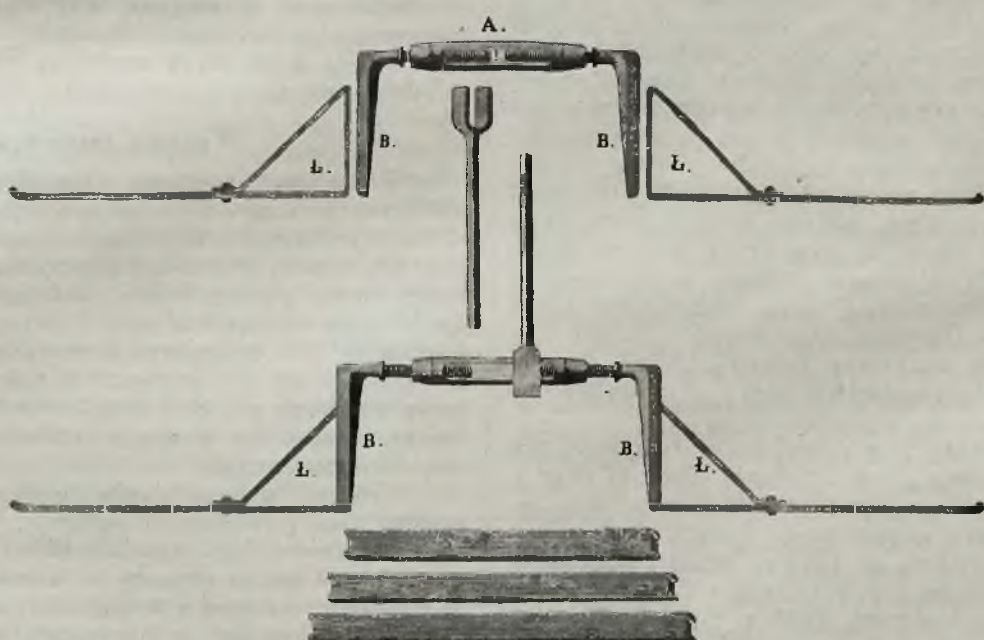
Uproszczony przyrząd do zakładania opatrunków gipsowych z wyciągiem

podał

Ludwik Rydygier

t. c. chirurg naczelny c. i k. szpitala wojennego w Bernie.

W obecnych ciężkich czasach musimy dążyć do możliwego uproszczenia przyrządów i tem samem uniezależnienia swojego postępowania od fabrykacyi narzędzi. W wielu przypadkach złamań postrzałowych ze znacznem zdruzgotaniem kości lub też znacznem dążeniem do przesunięcia końców odłamków jest pożądane, aby wyciąg działał jeszcze po założeniu opatrunku gipsowego. Wobec tego postanowiłem przepiłować przęsła, które w ilości 2 – 3 ze zwykłych listew żelaznych, odpowiednio wygiętych, przygotowane zagipsowujemy pomiędzy gipsowe części opatrunku. Pomiędzy prostopadłe części przęseł wsuwamy śrubę o podwójnych skrętach (prawym i lewym) (przyrząd taki, używany do napinania drutów, można dostać w każdym handlu żelaza). Okręcając tę śrubę, rozsuwamy według zasady Hackenbrucha obydwie części opatrunku gipsowego i tem samem stosujemy wyciąg na kości złamane. Ażeby części boczne szyn żelaznych (ryc. 1, c) nie ugięły się pod działaniem śruby, wygięliśmy je kątowato i przytwierdziliśmy końce do części poziomej. Tym sposobem powstał przyrząd uwidoczniony na ryc. 1, 2, i 3, jak go sporządził zwykły ślusarz. Ażeby śruba pewniej trzymała się pomiędzy częściami prostopadłemi listew żelaznych, dorobiliśmy do niej na każdym jej końcu części boczne, biegnące ku dołowi (ryc. 1, B). Listwy żelazne (2 – 3) zagipsowujemy w sposób zwykły. Po stwardnieniu gipsu pokręcamy śruby stopniowo coraz wyżej przez parę dni, przez co wzmaga się wyciąg i odłamki kości odpowiednio się przesuwają. Posiadając 3 śruby, możemy odrazu zakładać wiele tego rodzaju opatrunków, mianowicie rozsunąwszy części gipsowe do pewnego stopnia zapomocą śrub (2—3), wsuwamy pomiędzy części boczne żelaznych listew odpowiedniej długości kołki drewniane; wówczas śruby można wyjąć i zastosować do opatrunku następnego.



O sztucznej odmie piersiowej.

Część I teoretyczna [1]).

Przez

Dr Kazimierza Dłuskiego

Dyrektora Sanatoryum w Zakopanem.

Celem leczniczej odmy piersiowej jest uciśnięcie chorego płuca. — Mając na względzie rozpatrzenie warunków, w jakich zabieg ten się odbywa i rozważenie różnych z nim związanych powikłań, przypomnę naprzód pokrótce, na jakich drogach lecznictwo ostatniej doby doszło do tego zabiegu.

Sztuczna odma piersiowa (lecznicza) jest związana z nazwiskiem Forlaniniego. Słuszne to zupełnie, Forlanini bowiem, nie znając pracy Carsona, samoistnie wpadł na myśl sztucznej odmy, pierwszy zastosował ją u człowieka, jako środek leczniczy, posługując się wyrobioną przez siebie techniką, na gruncie własnego teoretycznego i klinicznego uzasadnienia. W porządku historycznym pierwszy pomysł oryginalny należy się Szkotowi Carsonowi, fizyologowi, który już w 1822 r. dokonał doświadczeń na królikach, opisanych w jego III szkicu »On Lesions of the Lungs«. Przez otwór międzyżebrowy wprowadzał Carson powietrze do opłucnej królika, poczem następowały lekkie, kilka sekund trwające zaburzenia. Po 5 dniach taki sam zabieg z drugiej strony klatki — zaburzenia silniejsze, dłuższe, ale już po 4 godzinach ustępują. Stąd wniosek, że jedno płuco może być bezkarnie uciśnięte, gdyż dzięki uciśnięciu śródpiersia, drugie jest ochronione i ucisk na nie się nie przenosi. Wniosek ten przenosi Carson na uciśnięcie gruźliczego płuca u człowieka, widząc główną przeszkodę do gojenia się w ciągłych ruchach oddechowych, a zwłaszcza w rozciąganiu się odśrodkowem tkanki zdrowej dokoła chorej, które przeszkadza zbliżeniu się ścian jamy i wydaleniu jej treści. Do takiego wniosku dochodzi Carson i na innej drodze, a mianowicie na podstawie znanych mu przypadków wyleczenia gruźlicy płuc, wskutek drążących ran klatki piersiowej podczas bitwy. To, co było dziełem brutalnego przypadku, powinno być, powiada Carson, przedmiotem operacyi, robionej planowo, przy stopniowym ucisku płuca, aż do zupełnego zapadnięcia się, — zbyt szybkie opróżnienie jam może bowiem być niebezpieczne. Carson uważa nawet za możliwe wstrzymanie krwotoku przez ucisk płuca. Znakomitą swą pracę kończy Carson następującą uwagą: »Czy metoda okaże się praktyczną, czy też zajmie ludzi na jakąś chwilę, a później zostanie zapomnianą, to pytania, o których rozstrzygnie czas«. Przewidział jasno. W 30 i 40 lat po Carsonie, Wunderlich i Köhler nie uważali metody jego za godną badania. To też słusznie twierdzi Daus, że »metodę Carsona musieli Forlanini i Murphy na nowo wynaleść«.

Wspomnimy pokrótce o innych pomysłach, mających na celu leczenie gruźlicy przez uciśnięcie płuca. W 1855 r. Anglik Ramadges próbuje wywołać sztuczną rozedmę zapomocą wziewania przy utrudnionym wydechu celem uciśnięcia płuca od wewnątrz. W 1852 r. Niemiec Beck przypuszcza, iż gruźlica może być wyleczona na drodze ucisku płuca przez wysięk w opłucnej. Myśli te nie znalazły prawa obywatelstwa w klinice. Różni autorowie w różnych odstępach czasu ogłaszają luźne spostrzeżenia dodatniego wpływu naturalnej odmy na przebieg gruźlicy, jak n. p. Stokes i Houghton w trzecim lat dziesiątku ubiegłego stulecia, Richter w szóstym, — Traube w siódmym lat dziesiątku podaje przypadek wyleczenia gruźlicy płuc, trwającej 7 lat. — Toussaint w swej rozprawie paryzkiej (1880 r.) zebrał z klinik francuzkich 24 przypadki poprawy lub wyleczenia gruźlicy płuc dzięki odmie naturalnej, z tych najwcześniejszy w 1834 r. Jednocześnie z Toussaintem, Potain i Herard mówią o dobroczynnym wpływie naturalnej odmy, jako o »nieoczekiwanym środku ratunku«. W ciągu ósmego i dziewiątego lat dziesiątka zaczynają sprawą tą poważnie się zajmować w Niemczech, Anglii, Austryi, Francyi, Szwajcaryi i t. d..

Nie możemy ze względu na ramy naszej pracy wdawać się w szczegóły. Wymienimy tylko: Weila, Leydena, Nonnego, Spätha, Adamsa, Draschego, Rosego, Mosheima i t. d. Zaznaczymy nadto, że monografia L. Spenglera (1900 r.) zwróciła na siebie uwagę świata lekarskiego ze względu na dokładne kliniczne uzasadnienie dodatniego wpływu naturalnej odmy na gruźlicę i trwałe wyniki leczenia. Na 20 przypadków miał Spengler 5 stałych wyleczeń odmy i gruźlicy płuc zarazem, trwających od kilku miesięcy do 7 lat. — Jednocześnie dodatni wpływ wysięków opłucnej na przebieg gruźliczy staje się przedmiotem badań klinicznych. O ile z dostępnego mi piśmiennictwa wiadomo, zdaje się, iż Francuzi utorowali tu drogę. — Herard zastanawia się nad wstrzymaniem rozwoju gruźlicy pod wpływem ucisku, wywołującego spokój i niedokrwienie płuca. Gaillard, rozpatrując uciskowe działanie wysięku na płuca, stwarza termin »pleurèsie providentielle«. Potain w ósmym lat dziesiątku wprowadza metodę leczenia gruźlicy płuc i wysięków przy odmie naturalnej przez częściowe wypuszczanie płynu i zastępowanie go wyjałowionem powietrzem. Metoda ta staje się popularną we Francyi. — W 1908 r. Konzelmann ogłasza 26 przypadków, w których dzięki wysiękom nastąpiło trwałe wyleczenie gruźlicy płuc, trwające w 8 przypadkach od 1—$7^1/_2$ lat. Tym sposobem został przygotowany grunt, na którym powstała sztuczna odma lecznicza, dokonana poraz pierwszy przez Forlaniniego na człowieku przed 22 laty. Zabieg ten przez lat 10 pozostawał w ukryciu. Wyprowadzili go na światło dzienne i spopularyzowali Brauer i L. Spengler. Nazwiska ich zdobyły sobie obok nazwiska Forlaniniego prawo do trwałej pamięci.

Wahania manometru.

W opłucnej w stanie prawidłowym niema żadnego ciśnienia ujemnego. Doświadczenia Rotha, Brauera i Meyersteina wykazują, że obie blaszki przylegają jedna do drugiej tak mocno, że zdołają przeciwważyć całą siłę sprężystości tkanki płucnej w kierunku dośrodkowym i całą siłę sprężystości klatki piersiowej w kierunku przeciwnym. Przyleganie to jest następstwem przyciągania molekularnego; przesuwanie się obu powierzchni opłucnej koło siebie odbywa się dzięki płynowi surowiczemu, którego ilość Grober ocenia u człowieka w stanie prawidłowym na kilka centymetrów sześciennych.

Ciśnienie ujemne zjawia się dopiero wtedy, gdy pomiędzy dwie powierzchnie opłucnej, ścienną i trzewną, dostaje się pewna ilość gazu lub płynu.

Określenie za pomocą manometru [1]) warunków ciśnienia w jamie opłucnej i zmian, jakie w danych okolicznościach zachodzą, jest podstawą całej kliniki sztucznej odmy opłucnej. W warunkach prawidłowych ciśnienie przy przebiciu opłucnej może wynosić np. przy wdechu — 15, przy wydechu — 3 i zmienia się przy wpuszczaniu gazu w odpowiednich granicach. Szczegółowe rozpatrzenie tych prawidłowych warunków stanowi przedmiot kliniki. Naszem zadaniem jest omówienie niektórych szczegółów, uchylających się od normy.

[1]) Niniejsza praca stanowiła przedmiot referatu, wygłoszonego wspólnie z Dr. Sterlingiem (z Łodzi) na III Zjeździe Internistów polskich we Lwowie (Lipiec 1914) — Część II kliniczna wyjdzie z pod pióra Dr. Sterlinga, któremu odstąpiłem cały materyał sanatoryalny, aby w połączeniu z jego materyałem ze szpitala w Łodzi mogła się wytworzyć pewna kliniczna całość.

[1]) Mamy w ciągu naszej pracy stale na myśli manometr wodny.

Zrosty opłucnej. a) Ciśnienie może być na początku, jak wyżej, ale po napełnieniu ograniczonej zrostami jamy szybko i nieprawidłowo się podnosi i już po wprowadzeniu np 60—70 cm³ gazu staje się dodatniem przy wdechu, wahając się w pobliżu zera (o) przy ruchach oddechowych. b) Zrosty mogą być tak silne, że nawet na ograniczoną jamę natrafić niepodobna: wówczas wahań niema. c) Gdy zrosty rozluźniają się podczas napełniania, następują wahania nieprawidłowe, a mianowicie: zwiększające się ciśnienie raptem opada w chwili rozluźnienia. d) Gdy zrosty są liczne, luźne, nakształt siatki, gaz dostaje się wewnątrz zrostów, nieprawidłowe wahania powtarzają się przy stopniowem napełnianiu i rozluźnianiu, stają się podobne do tych, jakie spostrzegamy w prawdziwej, ale małej odmie, i stanowią tak zwany »Schwartenemphysem«. e) Gdy narzędzie dostaje się między powięź (fascia endothoracica) i opłucną ścienną, następują wahania nieprawidłowe, zależne od zmian ciśnienia w płucach, objawem zaś zewnęrznym jest głęboka odma podskórna, ukazująca się ponad I żebrem po stronie odmy lub przeciwnej, tak zwana odma podpowięziowa (emphysema subfasciale)[2].

f) Narzędzie przebija zrosty opłucne, gaz dostaje się do tkanki płucnej. Są dwie możliwości: 1) Igła dostaje się do rozgałęzień oskrzeli. Wahania manometru podlegają wahaniom oddechowym: mały rozmach w pobliżu 0, ale przy wstrzymaniu oddechu, lub wydechu, ciśnienie spada odrazu do 0. (v. Muralt). Kontrola więc łatwa, ale zdarzają się pomyłki u najbardziej wprawnych klinicystów, jak np. nawet u Brauera. A. Schmidt u 4 chorych wprowadzał powietrze do płuc; u jednego zaś przy 3 napełnianiach razem w ilości 3300 cm³. 2) Druga możliwość: igła dostaje się do tętnicy. Wówczas wskutek większego ciśnienia w tętnicy, niż w igle, podnosi się ono powoli w manometrze o kilka milimetrów, lub nawet centymetrów (Muralt i Saugmann). Wskutek jednak włosowatości w igle i szybkiego krzepnięcia krwi, wahań większych niema i ciśnienie wkrótce staje się stałem. Ale w naczyniach płucnych ciśnienie może być tak małe, że krew nie przejdzie do igły, a przy głębokich wdechach gaz dopływa do naczyń. Przy pominięciu środków ostrożności może powstać zator gazowy, a w jego następstwie śmierć, o czem niżej.

g) Nieprawidłowe wahania mogą powstać jeszcze przy jednym błędzie technicznym, a mianowicie, gdy igła dostaje się do jamy brzusznej. Teoretycznie powinno zachodzić obniżenie ciśnienia przy wydechu i naodwrót (v. Muralt). W praktyce bywa inaczej, czego dowodzą dwa przypadki Zinka bez wahań paradoksalnych. W pierwszym przypadku wpuścił Zink 650 cm³, przy końcowem ciśnieniu +5 do +6, które na drugi dzień podniosło się przy napełnianiu tylko o 1 cm³. W drugim przypadku wahania początkowe, jak w odmie prawidłowej, wynoszą —8. Oba przypadki bez powikłań.

h) Wahania nieprawidłowe mogą się odbywać na początku napełnienia, przy wytwarzaniu odmy, dzięki wyrównawczemu rozszerzeniu klatki piersiowej, a więc ciśnienie obniża się, zamiast podnosić się (spostrzeżenie Brunsa na psach). Gebhard spostrzegał je u ludzi przy wysiękach nawet znacznych, ale świeżych, gdy opłucna jest jeszcze dość podatna i przypisuje je tej samej przyczynie. Saugmann i Muralt opisują zjawisko wręcz przeciwne: zwiększenie ciśnienia przy wdechu, dzięki wciąganiu śródpiersia na stronę odmy i wtedy powierzchnia istniejącego w odmie płynu podnosi się przez ciśnienie wciągniętego śródpiersia do góry.

---

[2]) Mówiąc o odmach, jako powikłaniach, dwa słowa o dwu innych jeszcze postaciach: 1) Odma powierzchowna podskórna, mająca za przyczynę, przy dużem ciśnieniu śródopłucnem: stwardniałą opłucną, wiotkie mięśnie, do czego pomaga gwałtowny wydech, lub kaszel. 2) Odma śródpiersiowa (Emphysema mediastinalis). Gdy gaz dostanie się do śródpiersia, może być niebezpiecznym przez ucisk na zawarte tam narządy, zwłaszcza duże naczynia (Brauer).

Rola śródpiersia.

Ważną rolę odgrywa śródpiersie w sztucznej zamkniętej odmie w związku z jego anatomiczną budową. Człowiek i królik n. p., dzięki sprężytości swych śródpiersi, mogą w pewnych dość dużych granicach wytrzymać różnicę ciśnienia w obu połowach klatki piersiowej. U psa, gdzie śródpiersie nakształt długiego luźnego fałdu, mającego uchyłki, ciągnie się wzdłuż całego mostka, rzecz ma się inaczej. Wedle doświadczeń Brunsa, pies ginie w parę minut po wytworzeniu odmy otwartej i nie długo może się utrzymać przy życiu ze sztuczną, zamkniętą odmą. Aby należycie ocenić rolę śródpiersia w zamkniętej odmie, należy w paru słowach wspomnieć o otwartej chirurgicznej odmie u człowieka, pamiętając, że po stronie odmy ciśnienie jest atmosferyczne, zarówno przy wdychaniu, jak i wydychaniu. — Przy wdechu powietrze z uciśniętego płuca zostaje częściowo wessane do zdrowego, gdzie panuje wówczas ciśnienie ujemne. Na odwrót przy wydechu, gdy po stronie zdrowej ciśnienie przewyższa ciśnienie atmosferyczne, powietrze zostaje częściowo wpychane do uciśniętego płuca. Jest to tak zwane »Pendelluft« Brauera. Do tego dołącza się tak zwane »Flottieren des Mediastinum« Brauera, czyli wciąganie śródpiersia na stronę zdrowego płuca podczas wdechu. Przy wydechu zaś zdrowe płuco wskutek przylegania doń śródpiersia nie może dostatecznie skurczyć się, a tem samem należycie wypędzić zużyte powietrze. Wskutek tych dwóch przyczyn następuje brak utlenienia i duszność z jej zgubnymi skutkami, o ile jej się nie zapobiegnie przez kamerę Sauerbrucha lub przez metodę Brauera (zwiększone ciśnienie przez tchawicę). Inaczej dzieje się w zamkniętej odmie u człowieka. Dzięki swej sprężystości, śródpiersie przy obniżaniu się przepony podczas wdechu napina się i pozwala zdrowemu płucu na należyte rozszerzenie się, a częściowo i drugiemu, o ile nie jest zupełnie uciśnięte. Przy wydechu śródpiersie zachowuje położenie mniej więcej środkowe, będąc mniej niż poprzednio, napięte, i o ile niema wielkiej różnicy ciśnienia w obu połowach klatki piersiowej, pozwala należycie opróżnić się zdrowemu płucu. Gdy różnica w ciśnieniu jest znaczna, wówczas śródpiersie przesuwa się częściowo, a nawet całkowicie na stronę zdrową. Dwa są najsłabsze jego punkty, opisane dokładnie przez Nitscha (klinika Brauera): 1) W śródpiersiu przedniem na wysokości przyczepu 2—4. żebra, idące w głąb średnio na 3—4 cm. 2) Śródpiersie tylne w dolnej części, graniczy z tyłu z kręgosłupem i tętnicą główną, z przodu z przełykiem i sercem. Tu obie blaszki bardzo się zbliżają, przyczem prawa opłucna, dochodząc do linii środkowej lub ją przekraczając (»recessus pleurae«), łatwiej pod wpływem ciśnienia przesuwa się na lewo.

Pomimo jednak znacznego, a nawet zupełnego przesunięcia się śródpiersia na stronę zdrową rzadko kiedy, zgodnie ze spotrzeżeniami licznych klinicystów, — następują zaburzenia w oddychaniu, wbrew temu, co się dzieje w otwartej chirurgicznej odmie u człowieka, lub w odmie naturalnej, zwłaszcza w zastawkowej jej postaci. Jest to sprawa powolnego przystosowania się ustroju. Z drugiej jednak strony nie należy, jak to czyni Brauer i jego szkoła, twierdzić bez zastrzeżeń, że w zamkniętej sztucznej odmie nie może być duszności z powodu »wahadłowego powietrza«, nawet przy silnym kaszlu. Teoretycznie jest to niesłuszne, gdyż przy zwiększonem pod wpływem gazu ciśnieniu po stronie odmy może w fazie wdechu nastąpić aspiracya do zdrowego płuca, i to nietylko powietrza, ale także wydzieliny lub krwi. Fakty kliniczne potwierdzają to (Forlanini, A. Schmidt i t. d.). Sam Brauer przeczy sobie, podając przypadek zapalenia w dolnym płacie zdrowego płuca, zapalenia, które powstało przez aspiracyę krwi z jamy uciśniętego płuca. — Weiss podaje wyniki sekcyi aspiracyjnego zapalenia płuc. — Mówiąc o śródpiersiu, należy wspomnieć o zjawisku, uważanem przez Brauera teoretycznie za niemożliwe, a mianowicie są to dwa przypadki przerwania śródpiersia pod wpły-

wem wysiłku fizycznego i wytworzenie w obu przypadkach lewostronnej odmy przy istniejącej od 2 miesięcy odmie sztucznej po prawej stronie (Weiss i Birke). W przypadku Weissa w ciągu 18 dni wessanie zupełne. Birke nie podaje daty wessania, ale powiada, że chory w 21 miesięcy od wytworzenia odmy znajdował się w dobrym stanie zdrowia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Choroba Heine-Medina czyli nagminne rdzeniowe porażenie dziecięce

napisał

Dr Sz. Starkiewicz (Dąbrowa).

Do napisania niniejszej pracy skłania mnie to, iż od 20 października 1913 r. do września 1915 r. spostrzegałem w Dąbrowie i w najbliższej okolicy przeszło 18 przypadków ostrego rdzeniowego porażenia dziecięcego (poliomyelitis anterior acuta epidemica); pragnę więc zwrócić uwagę kolegów na chorobę Heine-Medina, która i u nas w Zagłębiu przybierać zaczyna wyraźnie charakter nagminny.

Nagminne zapalenie przednich rogów rdzenia bywa dotąd opisywane w rozdziałach, traktujących o chorobach układu nerwowego, a mianowicie jako t. zw. porażenie dziecięce (paralysis infantilis). Jest to wszakże choroba zakaźna, nagminna, w której najwybitniej dotknięty zostaje układ nerwowy. Choroba ta, spostrzegana sporadycznie i nawet endemicznie już w drugiej połowie XVIII stulecia, opisana została po raz pierwszy dokładnie pod względem klinicznym przez Heinego ze Stuttgartu w r. 1840. Choroba to »par excellence« wieku dziecięcego. Zapadają na nią najczęściej dzieci małe, szczególnie w wieku od 12 do 18 miesięcy, zdarza się ona jednak i u starszych. W następstwie zmian chorobowych, jakie powstają w przednich rogach rdzenia, a niekiedy opuszki i innych części osi mózgowo-rdzeniowej i nawet kory mózgowej, rozwijają się w tej chorobie mniej lub więcej liczne wiotkie porażenia i zaniki mięśni kończyn, tułowia, szyi, twarzy i t. p., o ile sprawa chorobowa nie skończy się przedtem poronnie albo śmiertelnie.

Po okresie badań klinicznych, rozpoczętym przez Heinego, nastąpił okres badań anatomo-patologicznych całego szeregu uczonych, z pośród których Strümpell, badając zmiany w układzie nerwowym dzieci, zmarłych z powodu porażenia dziecięcego, doszedł do przekonania, iż rdzeniowe porażenie dziecięcie jest cierpieniem, identycznem z porażeniem mózgowem. Jednocześnie Strümpell i Marie, zastanawiając się nad podobnie przebiegającymi obrazami klinicznymi obydwu tych cierpień (ostry początek, drgawki, gorączka, wymioty, zaburzenia trawienia i t. p.), pierwsi wypowiedzieli zdanie, iż czynnikiem chorobotwórczym w dwóch tych różnych na pozór (zależnie od siedziby czynnika chorobotwórczego w układzie nerwowym) cierpieniach jest zakażenie wywoływane przez tensam zarazek. Lecz kiedy Strümpell, zgodnie z Charcotem, widząc pierwotnie zmiany chorobowe jedynie w szarej substancyi osi mózgowo-rdzeniowej, dopatrywał się w omawianej chorobie cierpienia nerwowego samoistnego, usystematyzowanego (głównie przednich rogów rdzenia), to Marie, z którym zgodziło się wielu późniejszych badaczy (a także sam Strümpell w lat kilka), zwrócił uwagę na to, iż i w białej substancyi stwierdza się zmiany chorobowe; choroba ta więc jest cierpieniem ogniskowem, nieusystematyzowanem. Ostre porażenie rdzeniowe dziecięce zależy od ostrej sprawy zapalnej pochodzenia naczyniowego, co podkreśla zwłaszcza Marie, wykazując, iż rozmieszczenie ognisk zapalnych idzie za rozmieszczeniem centralnych tętnic lub tętnic korzeniowych przednich wewnątrz rdzenia. Zmiany chorobowe stwierdzono w całym szeregu przypadków nietylko w rdzeniu, ale i w opuszce, w moście, w odnogach mózgowych i t. p. Jednakże, o ile jedni całą sprawę uważają za rozsiane zajęcie rdzenia i opon, inni (zgodnie poniekąd z poglądem Charcota) twierdzą, że punktem wyjścia wszelkich następnych zmian anatomo-patologicznych są komórki ruchowe przednich rogów rdzenia (Wiesner, Landsteiner, Levaditi, w ostatnich czasach Zappert i inni). Analizując prace całego szeregu badaczy, Bychowski podziela pogląd tej drugiej grupy badaczy. — Jakiegoż rodzaju są te zmiany? W wykładzie Zapperta na Zjeździe międzynarodowym pedyatrów r. 1912 w Paryżu, znajdujemy między innemi odpowiedź i na to pytanie. U dzieci, zmarłych z powodu ostrego zapalenia przednich rogów, Zappert, Wickman, Landsteiner, Levaditi, Müller i inni stwierdzają mikroskopowo surowicze przesiąknięcie i przekrwienie rdzenia, w stopniu zaś mniejszym opuszki i mostu; widać też w tkance nerwowej pojedyncze wybroczynki, niekiedy plamki o zabarwieniu różowem i żółtawem. Dolne odcinki rdzenia są dotknięte zazwyczaj silniej, niż górne. Najsilniej dotknięte bywa zgrubienie lędźwiowe rdzenia. Również w substancyi korowej spotyka się niekiedy obrzęk surowiczy, przekrwienie. Badanie drobnowidowe wykazało w świeżych przypadkach zmiany anatomiczne o charakterze zapalnym w rdzeniu kręgowym, opuszce, rzadziej w mózgowiu. Te zmiany znamionują się naciekiem zapalnym, występującym w około naczyń. Opony mózgowe wyjątkowo tylko bywają nacieknięte. Wśród komórek okrągłych, tworzących ogniska zapalne, najwybitniejszą rolę odgrywają jednojądrzaste limfocyty. We wszystkich przypadkach stwierdzono zwyrodnienie i zmiany odżywcze elementów nerwowych. W przypadkach zupełnie świeżych i w najpierwszych wogóle chwilach porażeń, jakie dadzą się uchwycić w doświadczeniach u zwierząt, trzeba przypuścić, iż jad przenika, szczególniej w przypadkach ciężkich, naprzód do komórek nerwowych, które ulegają zmianom i neuronofogii, zanim jeszcze nastąpią nacieki w około naczyń. Mózgowie dotknięte bywa sprawą zapalną na ogół mało. Stwierdza się prawie zawsze zmiany w przypadkach świeżych jeszcze w zwojach rdzeniowych. Nerwy obwodowe w świeżych przypadkach pozostają nietknięte. W innych narządach wewnętrznych zmiany są takie same, jakie bywają w ogóle w chorobach zakaźnych. Niezaprzeczalnie zaraźliwy charakter porażenia dziecięcego ustalił pierwszy Medin w r. 1890 i 1898. Przypadki porażenia rdzeniowego dziecięcego traciły mianowicie coraz więcej charakter sporadyczny, a w latach 1890 i 1896 pojawiły się w Szwecyi, zwłaszczu w Sztokholmie, gromadnie jako epidemie, zbadane i opisane przez Medina niezmiernie dokładnie pod względem nietylko klinicznym i anatomo-patologicznym, lecz przedewszystkiem epidemiologicznym.

Odtąd zaczął się trzeci okres badań porażenia dziecięcego, okres bakteryologiczny. Gromadne zachorowania w Szwecyi zjawiają się po raz pierwszy już właściwie w r. 1881, kiedy stwierdzono 18 przypadków tej choroby (w Umea-Bergenholz). Od tej pory z każdym rokiem mnożą się stopniowo doniesienia lekarzy ze wszystkich nieomal krajów Europy zachodniej i Stanów Zjednoczonych północnej Ameryki o tej epidemii. Nietylko też zwiększa się coraz bardziej zakres wiadomości anatomo patologicznych, lecz przedewszystkiem przeprowadzane są bardzo liczne i bardzo pomysłowe badania właściwości zarówno samej choroby, jak i jej epidemii. Przekonywano się coraz bardziej, że owo opisane przez Heinego ostre porażenie dziecięce, czy ostre porażenie mózgowe Strümplla, są właściwie wyrazem pewnych odmian nagminnej choroby Heine-Medina. Okazało się, że takie nazwy, jak »paralysis infantilis« i »paralysis, cerebralis«, czy »poliomyelitis« i »polioencephalitis« nie obejmują całości obrazu chorobowego; to też drugi szwedzki uczony, Wickman, który spostrzegał 1000 przeszło przypadków nagminnego porażenia dziecięcego, proponuje nazwę choroby Heine-Medina. Nazwa ta zyskała w nauce prawo obywatelstwa.

Badania epidemiologiczne, rozpoczęte przez Medina,

Wickmana, kontynuowane wciąż przez klinicystów i bakteryologów wszystkich nieomal krajów cywilizowanych, dowiodły i wciąż dowodzą, że epidemie choroby Heine-Medina poprzedzane są zazwyczaj nielicznie występującymi przypadkami, małemi epidemijkami w latach, poprzedzających wybuch dużej epidemii, jak to właśnie było n. p. w Szwecyi i Ameryce północnej, co, być może, niestety i my zobaczymy w naszym kraju. Dalej badania wykazały, że chorobie tej ulegają przeważnie dzieci małe, najwięcej do 4. roku życia, że epidemia najsilniej grasuje w lecie i na jesień (choć zdarzają się również liczne przypadki i w zimie), że odporność względem niej jest na ogół znaczna, bo w czasie największych epidemii zapadało na nią 1 na 5000—6000 ludności. Raz przebyte cierpienie chroni przed powtórnem zapadnięciem już na całe życie. Śmiertelność w czasie epidemii bywa różna; w Szwecyi oraz w Ameryce północnej dochodziła nieraz do 15%, nawet do 20%; u nas w okolicach Warszawy w r. 1911 wynosiła według dr Biehlerowej tylko 3·09%. Najgorszem jest jednak to, iż choroba Heine-Medina niezmiernie często pozostawia po sobie bardzo smutne następstwa, odbierające niekiedy nawet zdolność do pracy.

Sposób szerzenia się epidemii, pomimo licznych i bardzo cennych badań Wickmana i innych epidemiologów, nie został ostatecznie całkowicie wyjaśniony, między innymi dlatego, iż dotąd nie znamy zarazka, wywołującego tę chorobę. Jednakże ta okoliczność, iż szczepiąc małpom cząstki rdzenia dzieci, zmarłych z choroby Heine-Medina, powiodło się wywołać u nich prawdziwy obraz tej choroby (co po raz pierwszy osiągnęli Landsteiner i Popper), dowodzi niezaprzeczalnie zakaźnego jej charakteru. Poznano nawet wiele cech tego zakaźnego jadu, który pod wieloma względami ma przypominać jad wścieklizny; stwierdzono również, że jad choroby Heine-Medina wywołuje w chorym ustroju powstawanie niweczników, których obecność może mieć wielkie znaczenie zarówno dla samego chorego ustroju, jak i dla dalszych badań, n. p. przy rozpoznawaniu postaci choroby Heine-Medina t. zw. poronnych, porażeń niewiadomego pochodzenia i t. p. Powiodło się dalej przez doświadczenia na małpach wykazać, iż jad porażenia rdzeniowego dziecięcego przenika z miejsca szczepionego do rdzenia drogą najkrótszą. Landsteiner i Levaditi, wstrzykując jad do jamy nosowej, stwierdzali w pierwszej linii porażenie opuszki węchowej (bulbus olfactorius). Przy szczepieniu jadu do przewodu pokarmowego występowało porażenie w części tylnej, zaś do narządów oddechowych w przedniej i t. p.

Zachodzi teraz pytanie, którędy wnika do ustroju jad u ludzi? — Myślą o przewodzie pokarmowym, gardle, narządach oddechowych, ponieważ na początku zachorzenia zdarzają się u dzieci zaburzenia jelitowe, zapalenie gardła, nieżyt oskrzeli. Według Wickmana wrotami zakażenia jest u człowieka przewód pokarmowy, zdaniem innych — narządy oddechowe. Müller podaje w referacie swoim (Międzynarodowy Zjazd pedyatrów w Paryżu 1912), że wrotami zakażenia u ludzi jest górny odcinek dróg oddechowych i przewód pokarmowy. Możliwe jest zakażenie bezpośrednie przez plwocinę chorego, lub za pośrednictwem osób trzecich (roznosicieli zarazka). Szerzenie się zakażenia za pośrednictwem zwierząt, u których zdarza się choroba podobna (choroba Borna u koni) nie jest prawdopodobne; również przeciwko przypuszczeniu, by zarazek roznosiły owady, przemawia szerzenie się epidemii nieraz w zimie, gdy owadów niema.

Skoro zarazek przeniknie do ustroju ludzkiego tą lub inną drogą, działa on wkrótce i w stopniu różnym na tkankę osi mózgowo-rdzeniowej i daje bardzo różnorodny obraz chorobowy. Jako sprawa zakaźna, przebiega choroba Heine-Medina chorego przez wszystkie te okresy, jakie w ogóle są właściwe wszystkim chorobom zakaźnym, a więc okres wylęgania, okres zwiastunów i t. p. Okres wylęgania u małp szczepionych trwa od 3 do 15, a niekiedy do 33, a nawet 46 dni (Leiner i Wiesner); u człowieka, u którego chwili zakażenia nigdy nie można napewno ustalić, można sądzić jedynie ze spostrzeżeń, dotyczących kilku członków tej samej rodziny, iż okres wylęgania wynosi od 5 do 10, a nawet 14 dni. Okres ten na ogół przebiega bardzo niewyraźnie lub nawet bez żadnych objawów klinicznych.

Po tym okresie we wszystkich prawie przypadkach choroby Heine-Medina następuje okres zwiastunów, poprzedzających wystąpienie porażeń. Niekiedy ten drugi okres zaznacza się tak słabo, iż uchodzi uwagi, czem też należy sobie tłomaczyć istnienie t. zw. porażenia porannego Westa, kiedy dziecko kładzie się spać zdrowe, a budzi się już z porażeniem. Z objawów zwiastunowych wymienić należy przedewszystkiem gorączkę, występującą zwykle po jednorazowych dreszczach. Tor gorączki bywa stały albo zwalniający (38^0—$38{\cdot}5^0$, niekiedy 39^0—40^0); czas trwania kilkudniowy; ze zjawieniem się porażeń ciepłota zazwyczaj opada. Wraz z gorączką występują prawie zawsze objawy bądź to ze strony przewodu pokarmowego (wymioty, rozwolnienie, niekiedy zaparcie stolca), bądź też ze strony narządów oddechowych (ostre zapalenie gardła i krtani, ostre nieżyty oskrzeli i nawet nieżytowe zapalenie płuc); zjawiają się też wysypki podobne do płonicy, lub niekiedy do odry (objawu Koplika wszakże nie bywa); natomiast opryszczki (herpes labialis) należą w chorobie Heine-Medina do największych rzadkości (w nagminnem zapaleniu opon mózgowych zjawisko to częste!). Do objawów tego okresu, bardzo znamiennych, należy niezwykle silne pocenie się już w pierwszym dniu choroby: »Po wytarciu potu można było spostrzegać w niektórych przypadkach natychmiastowe zjawienie się świeżych kropelek« (Müller). Zdaniem Müllera poty występują niekiedy już wówczas, kiedy jeszcze niema innych objawów chorobowych. Müller przypisuje także nieomal znamienne znaczenie spostrzeganej przez siebie w niektórych przypadkach leukopenii, przeciw czemu przemawiają badania innych autorów, którzy znajdowali nawet zwiększenie się liczby białych ciałek krwi. Badania w sprawie tej, przeprowadzone przez Matyldę Biehlerową i Wacława Biehlera podczas epidemii w r. 1911 w okolicach Warszawy i w samej Warszawie wykazały, iż »w ostrem porażeniu rdzenia stwierdzono nieznaczne powiększenie ilości białych ciałek w okresie porażeń, natomiast wybitne zmniejszenie w okresie przedporaźnym (3000—4800)«. W tym też okresie wśród »objawów nerwowych« ogólnej natury (apatya, ospałość, senność, bole głowy i t. p.) wszyscy autorzy zwracają uwagę na nadzwyczajną nadczułość (według Müllera w 90% przypadków); dzieci nietylko nie dają się podnieść, ale lekkie już dotykanie skóry wywołuje silny ich protest

Jeszcze kilka słów o wynikach nakłucia lędźwiowego w tym okresie. Zauważono tu przedewszystkiem wysokie ciśnienie płynu; nas praktyków interesować może ta okoliczność, iż płyn mózgowo-rdzeniowy tak dla gołego oka, jak i drobnowidowo (przezroczysty, komórki jednojądrzaste bardzo nieliczne) nie zbacza tu od obrazu prawidłowego, czem różni się wybitnie od płynu mózgowo-rdzeniowego w nagminnem zapaleniu opon.

Jednakże pomimo tych cech, właściwych chorobie Heine-Medina w okresie zwiastunów, rozpoznanie w tym czasie niezawsze jest łatwe; bywa ono wprost nawet trudne w przypadkach sporadycznych. Wówczas rozpoznanie n. p. grypy (influenzy), która potrwa kilka dni, lub ostrej niestrawności i t. p. zdarza się dość często, a jedynie wzgląd na panującą epidemię zapalenia rogów przednich rdzenia i wymienione tylko co wczesne poty, nadzwyczajna nadczułość całego tułowia, a po części może i leukopenia, mogą naprowadzić na właściwe rozpoznanie. — Dokładna znajomość okresu zwiastunów jest zdaniem Bychowskiego szczególnie ważna z tego względu, że często sprawa chorobowa zatrzymuje się na tym okresie, nie dając w ogóle żadnych, przynajmniej dla oka widocznych porażeń. Istnienie takich przypadków poronnych udowodnił Wickman

niezbicie przez spostrzeżenia u członków jednej rodziny: w jednym i tym samym czasie dzieci jednej rodziny zapadały na ogólne objawy zwiastunowe, ale kiedy jedne z nich ulegały porażeniom, to inne powracały do zdrowia, nie przechodząc porażeń. Serologiczne i anatomo-patologiczne badania u małp, u których również spostrzegano poronne postacie choroby Heine Medina, potwierdziły słuszność tego spostrzeżenia.A tylko przez takie poronne przypadki, których zależnie od miejscowości bywało od 30 do 50%, mógł Wickman ustalić ciągłość epidemiologiczną w wielu okolicach Szwecyi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z II oddziału c. i k. Szpitala garnizonowego w Krakowie. (Komendant szpitala: C. k. star. lek. sztabowy Dr Wł Michl).

O uszkodzeniach postrzałowych kręgosłupa

podał

Dr Jan Ożga

dyrektor szpitala w Turce n. Stryjem, obecnie c. i k. lek. asyst pospolitego. ruszenia.

(Wykład na posiedzeniu lekarzy fortecznych d. 17 lipca 1915 r. w Krakowie)

W czasie wojny, a raczej — jak ją nazwał jeden z chirurgów — w czasie »epidemii ran postrzałowych«, gdy przeciwnicy dążą wzajemnie do uczynienia jak największej liczby żołnierzy niezdolnymi do walki, sztuka lekarska działa przeciwnie: usiłuje naprawić szkody, wywołane na zdrowiu każdego żołnierza, usiłuje wyleczyć go i uczynić zdolnym do dalszych walk. Przedewszystkiem jednak wielkie zadanie ma do spełnienia chirurgia, musi bowiem leczyć najcięższe następstwa ran, musi toczyć walkę z zakażeniem i ciężkiemi następstwami ropienia.

Do ran wojennych najcięższych należą postrzały kręgosłupa w tych przypadkach, gdy ulega obrażeniu rdzeń kręgowy. Postrzały w kręgosłup bywają przytem często powikłane uszkodzeniem narządów klatki piersiowej, brzucha i miednicy.

Najważniejszym i najbardziej charakterystycznym objawem chorobowym uszkodzeń rdzenia są porażenia. Są one w początkowych okresach po urazie zawsze wiotkie. Przy określaniu poziomu zranienia rdzenia trzeba pamiętać o tem, że rusztowanie kostne kręgosłupa jest dłuższe, aniżeli rdzeń kręgowy, że zatem kręgi nie odpowiadają odcinkom (segmentom) rdzenia. Toteż porażenia zaraz po urazie dotyczą części ciała, zależnej od odcinka rdzenia, położonego poniżej uszkodzenia. Tak więc n. p. w przypadkach uszkodzeń części szyjnej powstają porażenia wszystkich kończyn (quadriplegia) oraz mięśni tułowia i zniesienie czucia w tych dziedzinach. Przy uszkodzeniu niższem dziedziny porażone są odpowiednio mniejsze. W początkowych okresach porażenia nawet odruchy są zniesione. Jeżeli rdzeń przerwany jest zupełnie, stan ten pozostaje aż do nieuniknionej śmierci rannego. Jeżeli przerwania niema, stan powoli się poprawia, ucisk wywierany na rdzeń czyto przez wylew krwi, czy odłamki, może osłabnąć i pojawiają się najpierw odruchy. Stopniowo odruchy się wzmagają, nabierają cech odruchów spastycznych (drganie stopy i t. d.) i rozwija się obraz porażenia kurczowego. Stan ten odpowiada uciskowi na rdzeń z osłabieniem hamującego wpływu ośrodków korowych na ośrodki automatyczne rdzenia. Wpływ ten, jak wiadomo, idzie drogą pęczków piramidowych w przednio-bocznych powrózkach rdzenia. Że porażenia kurczowe nie powstają odrazu po urazie, ale dopiero po pewnym czasie trwania ucisku na pęczki piramidowe, objaśnia się częściowo urazowym wstrząsem ośrodków rdzeniowych, częściowo zaś upośledzającem działaniem obrzęku pourazowego na te ośrodki. Jeżeli ucisk na rdzeń stopniowo znika sam przez się, lub usunięty zostanie operacyjnie, wówczas może nastąpić powrót do stosunków prawidłowych.

Muszę dodać, że klinicznie nie możemy w okresach początkowych odróżnić przypadków, w których rdzeń jest przerwany, od przypadków, w których rdzeń jest tylko uciśnięty. Różnica ta występuje dopiero znacznie później razem z pojawianiem się stanu kurczowego, względnie stopniowego powrotu do stanu prawidłowego. Przy uszkodzeniach ogona końskiego stwierdzamy, zależnie od tego, w jakiej wysokości ono leży, porażenia z zanikami w zakresie n. p. nerwu udowego lub kulszowego, rozpromienianie się bólów i asymetryę objawów ruchowych i czuciowych, ponieważ nie wszystkie włókna ulegają uszkodzeniu. W związku z temi porażeniami pozostają dalsze objawy, a to: ze strony pęcherza moczowego — zatrzymanie lub mimowolne odchodzenie moczu; ze strony przewodu pokarmowego zaparcie stolca lub ciągłe rozwolnienia; wreszcie zaburzenia w czuciu. Ponieważ kręgi nie odpowiadają odcinkom rdzenia, przeto miejsce urazu w kręgosłup nie schodzi się ze zmianą anatomo-patologiczną w rdzeniu. Zmiana ta może być rozleglejszą, czy to skutkiem obsunięcia się kuli, czyteż wylewu krwi. Z tego powodu konieczne jest badanie czucia, gdyż daje ono dokładne pojęcie, jak daleko sięgają zmiany w rdzeniu.

Siedzibę kuli lub odłamków kości w kanale kręgowym najdokładniej oznacza badanie promieniami Röntgena. Ale rozmiary zmian w rdzeniu wskutek wylewu krwi lub spraw zapalnych, wywołujących »obrzęk« rdzenia, jakoteż oznaczenie stopnia poprawy w tych przypadkach, daje się dokładnie stwierdzić tylko badaniami czucia.

Uszkodzenie rdzenia może być: 1) uszkodzeniem połowiczem z objawami Brown-Séquarda; 2) zupełnem poprzecznem zmiażdżeniem, które pociąga za sobą wiotkie porażenie kończyn, zupełne zniesienie czucia, oraz zmiany w odżywieniu; 3) częściowem uszkodzeniem, gdy czynności nerwów w pewnym nieznacznym stopniu zostają upośledzone, n. p. niedowłady kończyn są lżejsze, zmiany w czuciu objawiają się jako zdrętwienie lub mrowienie, a czynność pęcherza także w pewnej mierze jest utrzymana.

W przypadkach uszkodzeń kręgosłupa badamy: 1) czy istnieje jaka wyniosłość lub spłaszczenie kręgów, trzeszczenie, gdzie jest największa bolesność; 2) jak się zachowują ruchy kończyn, czucie i stan pęcherza moczowego.

Od początku wojny obecnej po koniec czerwca 1915 leczono w tutejszym szpitalu garnizonowym 32 przypadki postrzałów w kręgosłup. Od kuli karabinowej było 24, od szrapnelowej 8 uszkodzeń. Szyjna część kręgosłupa była zraniona w 3 przypadkach, piersiowa w 17, lędźwiowa w 8, krzyżowo-ogonowa w 4. Chorzy zostali przywiezieni najwcześniej w 5 dni, najpóźniej w 20 dni po zranieniu. Przeważnie byli to chorzy już z odleżynami, które w niektórych przypadkach dochodziły 20 cm średnicy. Operacyjnie zapomocą laminektomii leczono 7 rannych, zachowawczo 25. Co do kierunku strzału, to w przeważnej liczbie przypadków położenie wlotu względem wylotu było skośne; kula, wchodząc przez otwór między wyrostkami poprzecznymi lub łamiąc je, poczęści z jednej strony, przebiegła następnie niżej lub wyżej w stosunku do wlotu, łamiąc wyrostki drugiej strony i zwiększyła przez to pole obrażeń. W kilku przypadkach w części lędźwiowej kręgosłupa przebiegał kanał postrzałowy poprzecznie pomiędzy wyrostkami tak, że wlot i wylot leżały na tej samej wysokości naprzeciw siebie. W 2 przypadkach kula tkwiła w samym kanale kręgowym w części piersiowej; w 2 przypadkach tylko ostry koniec kuli, przedziurawiwszy nieco oponę, tkwił w świetle kanału kręgowego; w 2 przypadkach tkwiła kula między wyrostkami poprzecznymi kręgów, a koniec kuli w świetle kanału kręgowego, nie kalecząc opony rdzeniowej; w 1

przypadku znajdował się w kanale odłamek kości, długości 1 cm., wbity w rdzeń.

Z przypadków leczonych operacyjnie zmarło 5, jeden w stanie polepszenia odesłany został pociągiem szpitalnym, jeden pozostaje w leczeniu. Z leczonych zachowawczo zmarło 16, a 9 odesłano z polepszeniem. Jeżeli przyjmiemy, że chory odesłany i ten chory, który jeszcze pozostaje w leczeniu, wyzdrowieją, to przy operacyjnem leczeniu wynosi śmiertelność 71·4%, a przy zachowawczem 64%. Odsetka przy leczeniu zachowawczem będzie niewątpliwie większą, gdyż musimy przypuścić, że niektórzy z odesłanych zmarli. Wynikałoby stąd, że wynik leczenia operacyjnego i zachowawczego są mniej więcej równe. Śmiertelność przy tych zranieniach w czasie wojny bałkańskiej wynosiła przeszło 80%, z czego widać, że postrzały w kręgosłup stanowią najsmutniejszy dział chirurgii wojennej. Najwcześniej umierali chorzy z uszkodzeniem szyjnej części kręgosłupa. Śmierć w przypadkach postrzałów w kręgosłup, u nas leczonych, występowała w okresie 7—65 dni po zranieniu, głównie z powodu posocznicy lub zapalenia nerek i miedniczek.

W tutejszym szpitalu trzymaliśmy się dotychczas w leczeniu przeważnie wojennej zasady zachowawczej. Operacyjne natomiast leczenie stosowano w tych przypadkach, nie bardzo zaniedbanych i pozwalających rokować lepiej, w których pocisk tkwił w kanale kręgowym lub między wyrostkami kręgowymi albo w trzonie kręgu, wreszcie wtedy, gdy odłamki kości, badaniem rentgenologicznem stwierdzane, znajdowały się w kanale kręgowym, wywołując ucisk rdzenia. Najwcześniej mieliśmy sposobność wykonać laminektomię w 6, a najpóźniej w 10 dni po zranieniu, co zależało od tego, w jakim czasie przywieziono rannego z placu boju. Po operacyi zakładano choremu wyciąg z przeciwwyciągiem. Gdy zaś przypuszczaliśmy, że przyczyną zaburzeń ze strony rdzenia był wylew krwi lub obrzęk w rdzeniu lub w jego otoczeniu, wyczekiwaliśmy, czy skutkiem wessania nie nastąpi polepszenie. Po kilkunastu dniach, gdy nie widać polepszenia, można podjąć zabieg operacyjny, gdy ocena »za« i »przeciw« pozwala spodziewać się poprawy po operacyi.

W postępowaniu zachowawczem, objawowem, należy starannie leczyć odleżyny, a przedewszystkiem zapobiegać ich powstawaniu. W tym celu stosuje się kąpiele, o ile to możliwe, i umieszcza się chorych w łóżku wiszącem. Zaburzenia ze strony jelit zwalcza się, zależnie od objawów, jużto podawaniem nalewki makowca, jużto lawatywami. Zapalenie pęcherza moczowego leczymy przepłukiwaniami rozczynem kwasu borowego 3%, rozczynem fizyologicznym soli kuchennej przy moczu krwawym, w razie zaś ropnego moczu wprowadzaniem zawiesiny jodoformu w płynnej parafinie po przepłukaniu pęcherza. Mimo zachowania największej czystości przy cewnikowaniu przecież nie udaje się najczęściej zapobiedz zakażeniu pęcherza i górnych dróg moczowych. Zakażenie pęcherza występuje jako skutek zmniejszonej jego odporności przy porażeniu. Z pęcherza zakażonego przy jego przepełnieniu może zakażenie łatwo przejść do moczowodów i wyżej do miedniczek i nerek. Przy pęcherzu pustym mechanizm, zamykający wyloty moczowodów w ich skośnem przejściu przez ścianę pęcherza, działa lepiej i dlatego łatwiej jest zapobiedz zakażeniu wstępującemu przez założenie cewnika na stałe, niż przez okresowe odprowadzanie moczu.

W pewnych przypadkach niezaniedbanych uszkodzeń kręgosłupa i rdzenia mogłoby znaleść zastosowanie szerokie otwarcie rany i sączkowanie, jak na to wskazuje następujący przypadek:

S. S. z postrzałem piersiowej części kręgosłupa, przywieziony do szpitala w 20 dni po zranieniu z następującymi objawami: Wiotkie porażenie kończyn dolnych, zupełne zniesienie czucia, mimowolne odchodzenie moczu i kału, zmiany odżywienia na dolnych kończynach, odleżyna w okolicy krzyżowej 20 cm średnicy, ciepłota 40°. Zejście śmiertelne. Przy sekcyi znaleźliśmy na wysokości 8. kręgu piersiowego w oponie rdzeniowej otwór około 3 mm na granicy bocznotylnej, a po rozcięciu opony ograniczone ropne zapalenie naokoło rdzenia, sięgające nieco wyżej i niżej otworu w oponie, a zajmujące wogóle przestrzeń 1½ kręgu. Ze względu na ograniczony ropny stan zapalny byłoby wskazane sączkowanie i gdyby się udało opanować to ropienie, to pozostałe porażenia byłyby przedmiotem dalszego leczenia, czy chirurgicznego, czy neurologicznego.

W związku z leczeniem postrzałowych uszkodzeń kręgosłupa pozostaje sprawa transportu takich rannych. Z powodu ciężkości uszkodzeń chorzy tacy powinni być jak najrychlej z placu boju przewożeni do szpitala, w którymby znaleźli należytą opiekę i mogli być odpowiednio leczeni. Podczas przewożenia nie powinien rdzeń kręgowy doznawać żadnych obrażeń, do czego mogłyby służyć przyrządy, ustalające kręgosłup wraz z głową i miednicą (duże opatrunki gipsowe).

Wobec dość znacznej liczby przypadków uszkodzeń kręgosłupa w obecnej wojnie, byłoby pożądane, ażeby ci lekarze, którzy mają sposobność leczyć te uszkodzenia, zdali sprawę ze swych spostrzeżeń celem ustalenia zasad w leczeniu takich przypadków. Możeby w ten sposób udało się poprawić smutną statystykę zranień kręgosłupa.

Nasze doświadczenie zdaje się przemawiać za poglądem, że o ile po 3—6 tygodniach leczenia zachowawczego niema poprawy, należy miejsce zranienia odsłonić na drodze operacyjnej. Jeżeli się okaże, że rdzeń jest ciężko uszkodzony, chory jest w każdym razie stracony i nic mu operacya nie może zaszkodzić. Natomiast, jeżeli objawy pochodzą tylko z ucisku, czy to pociskiem, czy odłamkami kości, czy krwiakiem, zwłaszcza zewnątrzoponowym, możemy chorego przez operacyę uratować. Rozpoznanie stanu sprawy w rdzeniu na podstawie objawów bez bezpośredniego obejrzenia jest, jak zaznaczyłem wyżej, niemożliwe. Nadal więc skłonni będziemy częściej wykonywać próbne odsłonięcia rdzenia, na prawach podobnych, jakie uzyskała próbna laparotomia. Oczywiście zdajemy sobie sprawę z tego, że postępowanie to nie może być szeroko stosowane, popularne, że do stanowiska tego niezbędny jest fachowy chirurg i dobry zakład leczniczy z odpowiednią aseptyką i urządzeniami technicznemi.

Ze szpitala powszechnego w Nowym Targu.

Rzadki przypadek niedokształcenia części płciowych kobiecych

(Atresia hymenalis, haematocolpos, haematometra, agenesia unius labii minoris)

podał

Dr. Wilhelm Türschmid

kierownik szpitala

Wedle Nagla i Veita wszystkie zarośnięcia (atresiae), narządu płciowego kobiecego mają powstawać na tle zapalnem, czy to na tle przebytej w dzieciństwie płonicy, błonicy, odry, wiewióra i innych chorób zakaźnych, czy też na tle zakażeń, przebytych jeszcze w życiu śródmacicznem. Rzeczywiście też w przypadkach takich zarośnięć bądź to dokładniejsze wywiady wykrywały przebycie spraw zapalnych, bądź też mikroskopowe badanie zamkniętej błony dziewiczej lub też części zarosłej pochwy wykazywało tę tkankę bliznowatą, świadczącą o przebytych stanach zapalnych (Henkel, Bulius), to ogniska toczących się jeszcze zapaleń. Wywiady i doświadczenie pedyatrów dowodziły też, że w wielu przypadkach po płonicy lub odrze tworzą się następowo bliznowate zwężenia lub zarośnięcia dróg płciowych kobiecych i połączone z tem krwiaki śród-

pochwowe (haematocolpos), śródmaciczne (haematometra) lub w jajowodach (haematosalpinx) w okresie dojrzałości płciowej. Pogląd Nagel-Veita, tłómaczący zarośnięcia dróg płciowych kobiecych przebyciem zapaleń, zyskał sobie większość, choć nie brak i innych tłómaczeń. I tak Kermauer uważa zarośnięcia wrodzone za skutek martwicy pewnych grup komórek jeszcze w życiu płodowem, a Aubert wypowiedział niedawno zdanie, że zarośnięcia takie są skutkiem zlepiania się złuszczonych komórek pochwy, zamykających włosowaty otwór błony dziewiczej.

Pogląd Nagel-Veita rzeczywiście nie da się zastosować do wszystkich bez wyjątku przypadków zarośnięcia dróg płciowych kobiecych, bo zdarzają się niewątpliwie przypadki zboczeń rozwojowych nie na tle zapalnem, które w ostatecznym wyniku wiodą do zarośnięcia pochwy, macicy lub jajowodów.

Objawy chorobowe zarośnięć dróg płciowych kobiecych, a w szczególności zarośnięcia błony dziewiczej i pochwy, występują zwykle dopiero w okresie dojrzałości płciowej, kiedy to krew krwawień miesiączkowych, nie znajdując odpływu, gromadzi się w pochwie, macicy, lub jajowodach, i wywołuje kliniczny obraz krwiaka śródpochwowego, śródmacicznego lub jajowodowego. Oprócz takich krwiaków, powstających po rozpoczęciu się miesiączkowania, opisywano przypadki, gdzie wyraźne kliniczne objawy zarośnięcia dróg płciowych występowały już we wczesnem dzieciństwie lub nawet u noworodków w postaci puchliny pochwy (hydrocolpos), macicy (hydrometra) lub jajowodów (hydrosalpinx) [Bunzel, Haase].

Krew, gromadząca się w narządzie płciowym, nie znajdując odpływu zwykłą drogą, wydostawać się może przez ujście brzuszne jajowodu do jamy otrzewnej i wywoływać tutaj zrosty zapalne i krwawe podbarwienie otrzewnej, spostrzegane niekiedy w takich przypadkach przy zabiegach operacyjnych lub na sekcyach. [Zanders, Henry Russel].

Rozpoznanie zarośnięcia dróg płciowych kobiecych, szczególniej w okresie dojrzałości płciowej, gdzie okresowo pojawiają się bóle miesiączkowe (molimina menstrualia), a brak miesiączek, krew zaś gromadzi się w pochwie lub macicy, nie sprawia zwykle żadnych trudności. Nie brak jednak takich przypadków, jak spostrzeżenie Monsiorskiego, gdzie zarośnięcie błony dziewiczej, nie rozpoznane przez czas półroczny po zamęściu, było przyczyną, że spółkowanie cały ten czas odbywało się przez cewkę moczową, — lub niedawno ogłoszony przypadek Baura, gdzie krwiak śródpochwowy i śródmaciczny wzięto za ośmiomiesięczną ciążę z bólami porodowymi.

Leczenie zarośnięć, a w szczególności błony dziewiczej i pochwy, jest tylko operacyjne. Zarosłą błonę dziewiczą lub pochwę przecina się w znieczuleniu miejscowem poprzecznie w kształcie krzyża + (jak radzi Schöder), lub litery H) (Martin, Hepner), poczem założyć należy celem uniknięcia następowych zwężeń szew obrąbkowy (Umsäumungsnaht Pronac). Po przecięciu należy zdaniem jednych autorów aseptycznie dokładnie wypłukać nagromadzoną krew, zdaniem innych nie przepłukiwać, ale pozwolić krwi samej odpłynąć; krew nagromadzona w pochwie i macicy nigdy nie krzepnie, lecz przemienia się w czekoladowaty gęsty płyn, który z łatwością sam odpływa. Operacyę wykonywać należy między dwoma okresami miesiączkowymi, poczem zalecić należy conajmniej tygodniowy spokój i leżenie w łóżku.

W szpitalu powszechnym w Nowym Targu miałem sposobność niedawno operować przypadek zarośnięcia dróg płciowych kobiecych, niewątpliwie wrodzonego, bo połączonego z bardzo rzadkiem niedokształceniem części płciowych zewnętrznych.

Anna G. lat 16, z Czarnej Góry (Węgry), przyjęta 16. XI. z. r. L. pr, 767. Od 4 miesięcy uczuwa chora raz w miesiącu bóle dołem brzucha, trwające przez 5—6 dni; bóle te w ostatnim miesiącu silnie się wzmogły, a chora zauważyła, że w brzuchu rośnie guz. W wywiadach niema przebytych żadnych chorób. Ojciec zdrowy, mieszka w Ameryce, rodzeństwo i matka zdrowi. Żadnych objawów zwyrodnień w rodzinie nie było.

Stan: Dziewczyna wzrostu średniego, odżywiona dobrze, gruczoły piersiowe i brodawka rozwinięte prawidłowo. Wymiary miednicy prawidłowe. Wargi sromowe większe i ich owłosienie prawidłowe. Warga sromowa mniejsza lewa niezwykłej wielkości, długa $6^1/_2$ ctm, wystaje na zewnątrz ze szpary sromowej. Wargi sromowej mniejszej prawej niema. Błona dziewicza, ciemno-rożowa zarosła (hymen imperforatus), wypukla się ze szpary sromowej w postaci guza wielkości mandarynki; na całej wypuklonej przestrzeni chełbotanie. Brzuch w dolnej części wypuklony, linia środkowa nie zabarwiona. Ponad spojeniem łonowem przy obmacaniu stwierdza się guz, wychodzący z miednicy małej, zbaczający nieco na lewo, sięgający do pępka i dający stłumienie opukowe. Guz ten z kształtu jest podobny do macicy ciężarnej w VI miesiącu księżycowym. Przez odbytnicę stwierdza się od strony pochwy guz napięty, chełboczący, gubiący się w górze ku jamie brzusznej.

D. 17. XI. w znieczuleniu miejscowem wykonałem cięcie poprzeczne z dwoma bocznemi, kształtu litery H, przez błonę dziewiczą, nadmiernie grubą (7 mm), poczem pozwoliłem odpłynąć cieczy barwy czekoladowatej, bez zapachu, w ilości około $1^1/_2$ litra [Bakteryologiczne badanie cieczy dało wynik ujemny]. Cięcie w błonie dziewiczej obrąbiłem ciągłym szwem katgutowym. Guz w dolnej części brzucha znikł zupełnie. Badaniem przez pochwę przekonałem się, że szyjka maciczna brała udział w krwiaku śródpochwowym [jak się to zresztą ma dziać zawsze zdaniem Stratza i Tussenbroeck]. — Po dziewięciu dniach chora, zupełnie wyleczona, po bezgorączkowym przebiegu pooperacyjnym, opuściła szpital.

W przypadku tym zarośnięcie dróg płciowych niewątpliwie było wrodzone, bo łączyło się z niem bardzo rzadkie niedokształcenie części płciowych zewnętrznych, mianowicie brak jednej wargi mniejszej W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem jedynie pracę Levyego [Beiträge zur Anatomie und Pathologie der kleinen Labien. München 1904], który wśród 5290 przypadków raz tylko napotkał brak jednej wargi mniejszej. Wobec rzadkości takiego niedokształcenia zasługiwał i nasz przypadek na ogłoszenie.

Piśmiennictwo: 1) Treub: Centralbl. f. Gyn. (C. f. G.) 1900. Nr 1. — 2) Bulius: C. f. G. 1901. Nr 24. — 3) Monsiorski: Ibidem. Nr 41. — 4) Pincus: Praktisch wichtige Fragen zur Nagel-Veitschen Theorie. Leipzig 1901. — 5) Henkel: C. f. G. 1901. Nr 10. — 6) Bunzel: Prager m. W. 1900. Nr 31. — 7) Toth: C. f. G. 1902. Nr 15. — 8) Vagedes: Zur Aetiologie der Gynatresien. Diss. Breslau 1903. — 9) Wojciechowski: Przegląd lek. 1904. — 10) Roorda Smidt: C. f. G. 1905. Nr 3. — 11) Pelt: Ibidem. — 12) Kaufmann: Gazeta lek. 1904. Nr 10, 11.— 13) Levy: Beiträge zur Anatomie u. Pathologie der kleinen Labien. — 14) Dalmon-Monnet: C. f. G. 1906. Nr 25. — 15) Veit: C. f. G. 1906. Nr 20. — 16) Pincus: C. f. G. 1908. Nr 16. — 17) Zinsser: C. f. G. 1910. Nr 24. — 18) Skutsch: C. f. G. 1910. Nr 2. — 19) Ślęk: Tygodnik lek. 1908. — 20) Brown Müller Ref. C. f. G. 1911. — 21) Zander: Beiträge zur Kasuistik der Scheidenatresien. Diss. München 1908. — 22) Aubert: Revue de gyn. 1910. — 23) Haase: C. f. G. 1911. Nr 11. — 24) Henry Russel Andrews: Ref. C. f. G. 1912 Nr 1. — 25) Kermauer: Hegars Beitr. z. Geb. Bd XVIII. — 26) Baur: C. f. G. 1915. Nr 25.

Ze szpitala fortecznego Nr 2 w Krakowie.
(Komendant Dr Wachtel).

Uwagi co do sposobu pojmowania i oceniania przypadłości sercowych u żołnierzy w obecnej wojnie

podał

Dr Roman Glassner.

Według odczytu na posiedzeniu lekarzy wojskowych twierdzy krakowskiej.

Nauce i sztuce lekarskiej przypada w obecnej wojnie najszczytniejsze zadanie; nietylko bowiem mogą one nieść

ulgę ofiarom wojny, ale mogą również starać się o to, aby ranni uzyskali później pełną swą sprawność, a nie stali się politowania godnymi kalekami. To ważne, ale zarazem trudne zadanie spełniają gorliwie wszyscy, od omal bezimiennych szeregowców do rozgłośnych znakomitości lekarskich.

Literatura lekarska, powstała pod znakiem wojny, ma tę wspólną cechę, że nie ciąży na niej balast konstrukcyi teoretycznych, natomiast obfituje ona we wskazówki jaknajbardziej praktyczne, bezpośrednio służące dobru rannego czy też chorego żołnierza. Z natury rzeczy najwięcej prac przypada na chirurgię. W dziale chorób wewnętrznych najwięcej prac dotyczy chorób zakaźnych, a w drugim już rzędzie chorób serca i naczyń. Od 1 stycznia 1915 do końca października naliczyłem w czasopismach lekarskich niemieckich i austryackich około 30 artykułów o cierpieniach serca wśród żołnierzy.

Już z góry zaznaczyć należy, że w czasie wojny i jako skutek wojny nie ma odrębnych i nieznanych w pokojowych czasach cierpień; jest tylko inny stosunek w rodzajach cierpień. Dlatego też całą szeroką dyskusyę na temat, czy istnieją odrębne »wojenne« schorzenia serca (»Kriegsherz«) uważam za spór o pojęcie, a nie o treść.

Wśród chorych żołnierzy, skarżących się na przypadłości sercowe, bardzo mało jest wad zastawkowych, a przeważa liczba schorzeń, których przyczyn należy szukać w mięśniu sercowym, względnie w inerwacyi serca i naczyń. Pojęciem zaburzeń w inerwacyi serca posługuję się tu niechętnie, albowiem treść tego pojęcia jest bardzo zmienna i coraz częściej musimy wiele zjawisk z tego pojęcia wyłączać, a odnosić do całkiem innych i głębszych zmian. Słusznie też powiada Herz, że »nerwice serca stanowią odwrotną stronę medalu kliniki i patologii chorób serca; są one niejako rupieciarnią, do której się wszystko rzuca, czego ściśle określić nie możemy«. Ale o tem jeszcze później.

Przedmiotem moich wywodów będą przedewszystkiem te zaburzenia sercowe, które stoją w związku z olbrzymimi wysiłkami fizycznymi i psychicznymi, z niedostatecznem odżywianiem i brakiem snu, na co narażony jest żołnierz, biorący udział czynny w walkach. Wyłączam więc z góry zaburzenia sercowe, które są następstwem chorób zakaźnych, oraz przewlekłe sprawy na zastawkach, które uległy na wojnie zaostrzeniu. Czynię to naprzód dlatego, że odsetek takich zaburzeń jest stosunkowo mały, a powtóre, że zmiany na zastawkach jakoteż w mięśniu sercowym jako następstwo chorób zakaźnych są znane, jasne i zrozumiałe. Również nie będę mówić o tych przypadkach, w których zaburzenia sercowe tak przedmiotowe, jak i podmiotowe, należy odnieść do zaburzeń czynności gruczołu tarczowego.

Podzielmy wszystkich pozostałych chorych na 2 grupy zasadnicze: do pierwszej zaliczmy tych, u których badanie fizyczne stwierdza pewne zmiany, a do drugiej tych, u których dostępne badanie fizyczne jest ujemne.

Najczęstsze skargi podmiotowe są następujące: bicie serca, ból i kłucie w okolicy serca, ucisk pod mostkiem, lekki stopień duszności i zawroty głowy. Tego rodzaju określenia podmiotowych wrażeń podają tylko żołnierze, należący do warstw inteligentniejszych; żołnierze z warstw ludowych bardzo nieściśle i rozmaicie swe dolegliwości nazywają. Badanie fizyczne w przeważnej części tych przypadków wykazuje lekkie rozszerzenie serca prawego i lewego — częściej lewego, wbrew utartemu z czasów pokojowych zjawisku, że częściej prawe serce ulega rozszerzeniu — szmer nad koniuszkiem, podstawą, a jeszcze częściej w tem miejscu, gdzie się osłuchuje tętnicę płucną, czasem zdwojenie drugiego tonu nad podstawą; tam, gdzie niema wyraźnego szmeru, bywa zazwyczaj pierwszy ton nieczysty. Drugi ton nad tętnicą płucną nie jest zaostrzony, częściej natomiast jest drugi ton nad aortą nieco może głośniejszy. Czynność serca jest przeważnie przyspieszona, tętno drobne, szybkie, słabo napięte, ulegające nadzwyczajnym wahaniom. Co się tyczy niemiarowości, to jest ona stosunkowo rzadka; niekiedy da się zauważyć nieznaczna niemiarowość typu oddechowego lub ekstrasystolicznego. Ciśnienie krwi przeważnie nizkie. Podkreślam to dlatego, że przyzwyczajeni jesteśmy szermować nerwicami sercowemi, przy których według Treupla i Romberga ciśnienie jest zazwyczaj wzmożone, a z drugiej strony wpajano w nas, że i przy stwardnieniu tętnic, zwłaszcza w t. zw. przez Hucharda okresie »presklerozy«, jest również ciśnienie podniesione. — Tymczasem teraz, niejako na przekór, tak przy nerwicach, jak i przy stwierdzonem stwardnieniu tętnic (obdukcyjnie przez Mönckeberga) —. stwierdza się ciśnienie nizkie.

Jedną z nadzwyczajnie charakterystycznych cech jest owa zmienność tych wszystkich objawów; czasem nie można dać wiary, że stan, stwierdzony wczoraj, jest tak odmienny od stanu w dniu dzisiejszym. O zmienności w nasileniu, rodzaju i siedzibie szmeru możnaby napisać osobną rozprawę. Zachowanie się tętna łamie wszelkie zasady i wymyka się z przyjętego szablonu; pominąwszy bowiem zmienność, zachowuje się paradoksalnie tak, że u stojącego chorego jest nieraz wolniejsze, niż u leżącego lub siedzącego. Trwałego przyspieszenia nie zauważono, a te przypadki, w których się przyspieszenie stale utrzymywało, okazały się albo początkującą gruźlica, albo t. zw. Basedowoidem.

Taki jest obraz przeciętny. Niekiedy oczywiście bywa i inaczej; obraz bowiem kliniczny nie jest nigdy dogmatem.

Co do stwierdzanego rozszerzenia serca konieczne są pewne zastrzeżenia. Nie wolno zapomnieć, że wysokie ustawienie przepony lub wypełniony gazami żołądek, jak to bywa bardzo często u t. zw. łykaczy powietrza (Luftschlucker), mogą w ten sposób wpłynąć na ułożenie serca, że stłumienie bezwzględne zwiększa się w kierunku poprzecznym. Stwierdził to u całego szeregu swoich chorych Romberg.

Co do drugiej grupy chorych, u których badanie fizyczne nie daje podstawy do przyjęcia jakiegokolwiek schorzenia sercowego, to i tu musimy uczynić pewne zastrzeżenia, zanim przypadki takie zakwalifikujemy jako agrawacyę, lub jako nerwicę. Nader bowiem często niedokształt układu krążenia jest przyczyną bardzo przykrych dolegliwości podmiotowych, które zupełnie podkopują stan fizyczny i duchowy chorego. Mam przedewszystkiem na myśli ogólny niedokształt układu krążenia, oraz t. zw. »Tropfenherz« Krausa.

Wszystkie te przypadki, z tymi samymi objawami przedmiotowymi i podmiotowymi, spotykamy, i to nawet bardzo często, także wśród czasów pokojowych. Ale jeden objaw, szczególnie znamienny, występuje dość rzadko w czasach pokojowych u tego samego rodzaju chorych. Tym objawem jest niewątpliwie dające się stwierdzić rozszerzenie serca. Okoliczność ta budzi u wszystkich prawie autorów bardzo poważne refleksye i zmusza do krytyczniejszego stanowiska wobec »nieszkodliwości« owych zaburzeń czynnościowych, rzekomo bez tła anatomicznego.

Utrwaliło się już obecnie przekonanie, że wielkie wysiłki fizyczne, niebywałe urazy psychiczne, nienormalne odżywianie się, niedostateczny sen, w zbiorowem swem działaniu wywołują poważne zmiany w samym mięśniu sercowym. (Jakie to zmiany i jaką drogą powstają, to daje jeszcze szerokie pole do badań i dyskusyi). Edel, Magnus Lewy, Vollmer, Pick i inni utrzymują nawet, że przez wielkie wysiłki fizyczne może uledz uszkodzeniu przyrząd zastawkowy serca.

Jednakże i inne zjawisko wysuwa się na czoło i wzywa do wielkiej ostrożności i głębokiej rozwagi. Według Romberga »uderzającem zjawiskiem w obecnej wojnie jest zmniejszenie się liczby przypadłości sercowych przyrody czysto nerwowej«.

Jeśli z drugiej strony uwzględnimy olbrzymią wprost liczbę przypadłości sercowych u żołnierzy, to mimowoli nasuwa się pytanie, jakiej przyrody są te wszystkie przypadłości.

Jak już wspomniałem, prawie wszyscy autorzy godzą

się na to, że wysiłki wojenne czy pośrednio, czy to bezpośrednio uszkadzają mięsień sercowy; nie znając atoli istoty uszkodzenia, stwarzają różne nazwy, jak »Kriegsherz«, »Übermüdungsherz«, »Überanstrengungsherz«, »minderwertiges Herz«, »verbrauchtes Herz« i t. d.

Odgraniczenie przypadłości przyrody mięśniowej od nerwowej jest zagadnieniem bardzo trudnem. Już dawniej niektórzy, jak Gibson, Krehl, zamykają przypadłości mięśniowe i nerwowe serca w tym samym rozdziale. Podobnie Mackenzie i Levis. Jest to zresztą rzeczą zupełnie zrozumiałą, jeśli uwzględnimy obie teorye automatyzmu serca, mieśniową, najbardziej rozpowszechnioną i uznaną, i nerwową, mniej posiadającą zwolenników; wszak Gaskell i Engelmann wykazali żmudnemi badaniami, że cała ruchowa praca serca jest wyrazem szczególnych własności fizyologicznych włókien mięsnych, a cały przyrząd nerwowy ma raczej zadanie regulatora i kontrolora czynności mięśni.

Dlatego też nie jest zadaniem naszem poszukiwać zmian anatomicznych, ale wyłącznie ocenić warunki dynamiczne, wśród których serce danego osobnika pracuje, i przewidzieć, czy bądź zmiany czynności serca, bądź też podmiotowe wrażenia chorego nie są już wyrazem osłabienia tej siły dynamicznej, względnie czy nie są upomnieniem alarmowem przed mającemi wystąpić zaburzeniami dynamicznemi.

Zadanie to nazywa się rozpoznawaniem czynnościowem (dyagnostyką funkcyonalną). Wszystkie objawy, jakie spotykamy u człowieka, skarżącego się na przypadłości sercowe, musimy w ten sposób zużytkować, aby wysnuć odpowiednie wnioski co do sprawności czynnościowej (funktionelle Leistungsfähigkeit) jego mięśnia sercowego. Do tego służą wywiady, objawy podmiotowe, przedmiotowe fizyczne i czynnościowe i przeróżne metody graficzne.

Rozpoznanie niedomogi serca, jeśli ona już jest jawna i występują typowe objawy, jest bardzo łatwe; musimy jednakże dążyć do wykrycia objawów jeszcze utajonej niedomogi, względnie ocenić, w jakiej mierze już siły zapasowe serca zostały zużytkowane i które z kardynalnych właściwości mięśnia sercowego zaczynają czynnościowo nie dopisywać.

Najważniejsze właściwości mięśnia sercowego są według Gaskella następujące: 1) Zdolność wytworzenia podniety, która całe serce pobudza do skurczu. 2) Zdolność przyjęcia podniety. 3) Zdolność przenoszenia podniety z włókna na włókno. 4) Zdolność skurczu pod wpływem podniety. 5) Zdolność przechowania pewnej sumy skurczów, nawet kiedy czynna akcya ustaje. — Wspominam o tem dla przypomnienia, jak zawikłany jest ten cały mechanizm, jak więc trudno ustalić ocenę ewentualnych zaburzeń i wpływu na całe krążenie i jego fizyologiczną wartość. A jednak musimy sobie wyrobić choćby najogólniejszy sąd o cierpieniu zgłaszającego się osobnika i dążyć do tego, by ten sąd choć w przybliżeniu był sprawiedliwy.

Już od szeregu lat nawołuje nauka, by w każdym przypadku cierpienia sercowego szukali lekarze nie tyle zmian anatomo-patologicznych, ile raczej starali się ocenić sprawność mięśnia sercowego, gdyż to wyłącznie może rozstrzygnąć o wskazaniach leczniczych i o rokowaniu na przyszłość. Wojna obecna wysunęła tę sprawę na pierwszy plan.

Niestety jednak zakradł się w badaniu pewien szablon. Każe się choremu wykonać jakąś pracę fizyczną, n p. bieganie po schodach lub kilka ćwiczeń kolanowych, oznacza się ilość tętna przed tą pracą oraz po wykonaniu pracy, oznaczając równocześnie czas, który upłynął, zanim ilość tętna stała się znowu prawidłową. Długość potrzebnego czasu jest uważana za miarę w oznaczeniu sprawności serca.

Otóż ta najpopularniejsza metoda jest równocześnie najbłędniejszą. Jest to najstarsza metoda, podana przez Mendelsohna i Gräupnera, która powinna być zarzucona, albowiem wpływy nerwowe odgrywają przy tem tak wielką rolę, że otrzymane wartości nie mogą mieć znaczenia ani dla rozpoznania, ani dla rokowania.

Podano cały szereg innych metod, a właściwie prób metod, gdyż żadna nie jest bez zarzutu, a co najważniejsza, niektóre są tak skomplikowane, iż mają tylko wartość teoretyczną. Nie zamierzam tu wyliczać wszystkich prób, — wspomnę tylko ogólnikowo o zasadach, na których owe metody oparto. Niektórzy usiłowali oznaczyć pracę mięśniową serca w kilogramometrach i z tego wnosić o sile mięśnia sercowego, zapomnieli jednak, że człowiek o silnie rozwiniętych mięśniach potrafi wykonać pracę wydatniejszą liczbowo, aniżeli człowiek o słabych mięśniach. Herz podał sposób, oparty na spostrzeżeniu, że u zdrowego człowieka przy zginaniu przedramienia w stawie łokciowym przy napiętej uwadze tętno albo się nie zmienia, albo się lekko przyspiesza. natomiast, jeśli mięsień sercowy jest mniej sprawny, tętno się zwalnia. Katzenstein wywołuje sztuczny opór przez ucisk tętnicy biodrowej i bada ciśnienie i to tylko maksymalne. Przy zdrowem sercu ciśnienie się podnosi, a tętno się zwalnia. Inni kładą większy nacisk na różnicę między ciśnieniem minimalnem a maksymalnem przy odpowiedniem dawkowaniu pracy. Strassburger podał nawet odpowiedni wzór matematyczny. Van den Velden bada ciśnienie w różnem położeniu chorego i przy różnem ułożeniu kończyn. Inne metody polegają na stosowaniu pletysmografii i tachografii. Zunz, Hagemann, Loevy i Schrötter usiłowali oznaczyć sprawność na podstawie zawartości gazów krwi tętniczej i żylnej. Kremer i Mathes posługiwali się pneumokardyogramem.

Jest jeszcze cały szereg innych metod, bardzo dokładnie opisanych w podręczniku Hoffmanna: »Funktionelle Diagnostik der Herzkrankheiten«. Ale metody te wielkiej — zwłaszcza dla nas — praktycznej wartości nie mają. Dlatego też trzeba zwrócić uwagę na objawy drugorzędne, na czynność innych narządów, z krążeniem w związku pozostających. I tak pewne wskazówki daje nam czas, przez który chory może wstrzymać oddech, dalej zachowanie się wątroby po wykonaniu pracy fizycznej. Narząd ten jest bardzo czuły na pierwsze jeszcze utajone objawy niedomogi i szybko oddziaływa dającem się wykazać powiększeniem. W ostatnich czasach zwrócono uwagę na występowanie urobiliny w moczu przy początkach niedomogi, dalej na różnicę w wydzielaniu moczu między dniem a nocą, na znaczniejszą różnicę między ciepłotą w pasze, a w odbytnicy. Zwrócić tu muszę uwagę, że chcąc sobie wyrobić jakie takie zdanie, trzeba koniecznie używać kilku metod równocześnie i wielokrotnie i jeśli otrzymane wartości i objawy odpowiednio do metod są zgodne, wtedy dopiero można wydać jakiś prawdopodobny sąd.

Wspomniałem powyżej, że także wywiady i badanie fizyczne mogą dać pewne wskazówki co do sprawności mięśnia sercowego. Skargi chorego nie są obojętne. Mackenzie niedawno zwrócił szczególną uwagę na tę, obecnie zaniedbaną gałąź posiłkową badania, t. j. na podmiotowe uczucia chorego. Przypadłości stenokardyalne są typowe nietylko charakterem objawów, ale też sposobem opowiadania, a doświadczony lekarz na podstawie samego sposobu, w jaki chory przedstawia swe skargi, odróżni prawdę od agrawacyi. Nigdy zatem przy cierpieniach sercowych nie powinno się choremu przeszkadzać w jego opowiadaniu. A osobnik, mający przypadłości stenokardyalne, z pewnością nie ma całkiem zdrowego mięśnia sercowego. Istnienie czysto neurastenicznej stenokardyi z typowymi objawami należy do legend. (Bliższe o tem szczegóły podałem w pracy mojej, drukowanej przed 3 laty w »Przeglądzie lekarskim«). Jest zaś rzeczą zupełnie pewną, że poważne zmiany w zakresie tętnic wieńcowych serca mogą być nawet przez najstaranniejsze badanie niewykazalne.

Między wieloma artykułami znalazłem także wywody Brascha o przeczulicy skóry, jako o objawie neurastenii serca o podkładzie histerycznym. Muszę oświadczyć się przeciw jego wywodom, a przypomnieć wspaniałe prace Heada

o przeczulicach skóry przy schorzeniu narządów wewnętrznych i Mackenziego o pasach przeczulicowych, charakterystycznych dla zaburzeń mięśnia sercowego, a szczególniej dla stwardnienia naczyń.

Doświadczenie, zebrane w czasie wojny, nietylko potwierdziło, że mogą powstać poważne zaburzenia w mięśniu sercowym z powodu przeciążenia fizycznego, ale niemniej jako pewnik ustalono szybki rozwój stwardnienia tętnic. Van den Velden, który na to szczególnie zwrócił uwagę, znalazł znaczny odsetek stwardnienia tętnic wśród badanych przez siebie sercowo chorych żołnierzy, Mönckenberg na podstawie przeprowadzonych obdukcyi stwierdził sklerotyczne zmiany w aorcie u żołnierzy w wieku 20—30 lat aż w 43%. Jest to liczba przerażająca, a zarazem stwierdzającą, że silne wzruszenia psychiczne, towarzyszące wojnie, bardzo sprzyjają rozwojowi miażdżycy. Nie ulega prawie wątpliwości, że jeszcze w jakiś czas po wojnie objawi się to w zastraszający sposób, przeistaczając wielu ludzi na inwalidów.

Zestawiwszy początkowe objawy niedomogi mięśnia, stwardnienia naczyń i przypadłości nerwowe, przekonamy się, że żadnem badaniem nie można z bezwzględną pewnością odróżnić jednych od drugich. Słusznie powiada Gerhard: »Pierwsze objawy niedomogi sercowej nie dadzą się odróżnić od przypadłości nerwowych«.

Powracając obecnie do owych zaburzeń sercowych, rzekomo nerwowych, którym właśnie we współczesnem piśmiennictwie wiele poświęcono atramentu i które nawet jeden z autorów zaleca leczyć... wojną, pragnąłbym zalecić wielką ostrożność w ich rozpoznawaniu. Kiedy w 1908 r. na Zjeździe neurologów w Wiedniu stanęły na porządku dziennym jako główny temat nerwice serca, to główni referenci tego tematu, Erb i Hoffmann, znaleźli się w kłopotliwem położeniu, gdy przyszło im dokładniej definiować nerwice serca. Uciekli się więc do definicyi negatywnej i Erb powiedział: »Nerwicę serca rozpoznaje się wtedy, jeśli nie można stwierdzić zmian anatomicznych«. Równocześnie korreferent Hoffmann pisze: »Nie ma pewnego sposobu odróżnienia cierpienia organicznego serca, wywołującego z czasem niedomogę mięśniową, od nerwicy serca«.

Pojęcie nerwic jest bardzo elastyczne i u jednych autorów ma ono szerszy, a u drugich bardzo ograniczony zakres. — Im bogatszą w zdobycze będzie fizyologia i patologia chorób serca, tem rzadziej będziemy rozpoznawać nerwice. Bujnie rozwijająca się nauka o wydzielaniu wewnętrznem uszczupliła znacznie w ostatnich latach liczbę nerwic bez tła anatomicznego. A czyż zresztą są jakieś dane, któreby dowodziły, że takie »nerwowe« zaburzenia czynnościowe po dłuższem trwaniu nie wywołują zmian anatomicznych?

Wspomniałem już, że wśród przedmiotowych objawów u żołnierzy, wracających z pola walk, spotykamy pewne postacie niemiarowości tętna.

Analiza niemiarowości tętna, dzięki pracom Mackenziego, Levisa, a ostatnio Wenckebacha doszła omal do szczytów doskonałości. Wiemy dobrze, że niemiarowe tętno nie jest już tym mieczem damoklesowym, wiszącym nad głową chorego; nawet według Wenckebacha ta postać, której się najbardziej obawiano, tętno naprzemienne (pulsus alternans) niekoniecznie musi być wyrazem daleko posuniętych zmian w mięśniu sercowym. Wszystkie postacie niemiarowości mogą zachodzić nawet przy nieuszkodzonym mięśniu sercowym, a mieć swe źródło już to w innych narządach, już to w nerwach pozasercowych. Jednakże Wenckebach kładzie nacisk na to, że długotrwałe niemiarowości, jakkolwiek zrazu niewinnego pochodzenia, mogą z czasem poważnie uszkodzić mięsień sercowy i wywołać jego niedomogę. Tak się sprawa przedstawia również co do innych czysto nerwowych zaburzeń czynności serca.

Serce pobudliwe, serce, oddziałujące szybko i łatwo na najmniejsze pobudki, znajduje się niejako w stanie ciągłego podniecenia. Takie serce szybko się zużywa i wyczerpuje; niemniej cały układ naczyniowy, który bezsprzecznie stanowi podporę mechaniczną dla pracy serca.

Pozornie kąt widzenia autorów, którzy zabrali głos w sprawie przypadłości sercowych u żołnierzy, jest różny, ale przy bliższem rozpatrzeniu przekonywamy się, że się tylko tym samym zjawiskom nadaje różne nazwy i określenia. Jedni podkreślają zmęczenie mięśnia sercowego, drudzy nazywają to nerwowem osłabieniem serca, inni znowu neurastenią serca, a jeszcze inni określają owe objawy jako przypadłości miażdżycowe. Pochodzi to wyłącznie stąd, że nie ma granic ścisłych między przypadłościami przyrody mięśniowo-sercowej, nerwowej i miażdżycowej. Co najważniejsza, należy pamiętać o tem, że prawie wszyscy sercowo chorzy są neurastenikami i odwrotnie na tle t. zw. neurastenii serca może się rozwinąć cierpienie sercowe. Dzisiaj nikt nie zaprzeczy, że w etyologii miażdżycy tętnic neurastenia niepoślednie zajmuje stanowisko.

Uderzającem w tem całem współczesnem piśmiennictwie jest ów brak konsekwencyi między zapatrywaniem się autorów na istotę przypadłości, a rokowaniem na przyszłość. Większość klinicystów nawołuje do wielkiej ostrożności w rokowaniu i ocenianiu co do zdolności służbowej i ozdrowienia. I tak Fürbringer powiada: »Wojenne nerwice serca nie są sprawą niewinną i bez znaczenia, któraby znikała z chwilą usunięcia szkodliwych wpływów wojny. Należy zatem wystrzegać się przedwczesnego kwalifikowania, jako zdolnych do służby czy to garnizonowej, czy to polowej«. Takiego samego zdania są His i Aschenheim.

Pragnąłem na podstawie współczesnego piśmiennictwa i moich własnych spostrzeżeń dać pogląd na wpływ wojny na rozwój cierpień serca, istniejących już przed wojną i powstających w czasie wojny. Nie omawiałem każdego ogłoszonego w tym przedmiocie artykułu z osobna, już choćby dlatego, że większość zawiera tesame uwagi i tesame spostrzeżenia, a różnice tyczą się tylko odmiennego oświetlenia tychsamych faktów. Nie uwzględniłem piśmiennictwa z pierwszych kilku miesięcy wojennych, bo uwagi i sądy w nich zawarte uważałem za przedwczesne i jeszcze niedojrzałe. Nie ograniczyłem się jednak do roli sprawozdawcy cudzych myśli, ale na podstawie już to moich 15-miesięcznych spostrzeżeń na oddziałach wewnętrznych w szpitalach fortecznych, a przedewszystkiem moich dawniejszych doświadczeń z dziedziny chorób serca, zalecam nader wielką ostrożność przed szermowaniem kategorycznemi opiniami w tej dziedzinie. Im więcej zdobywamy z tej dziedziny wiadomości, tem mniej będziemy pewni w naszych sądach. Uwagi moje, luźne, nie mogą z powodu zbyt wielu równocześnie poruszanych problemów stanowić organicznej całości w tych szczupłych ramach. Pragnę z nich jednak wydobyć pewne wytyczne, które ująłbym w następujące zdania:

1) Cierpienia sercowe biorących udział w tej wojnie stanowią nadzwyczajnie pokaźną liczbę. U przeważnej części chorych dadzą się stwierdzić badaniem fizycznem i rentgenologicznem zmiany w postaci rozszerzenia serca, szmeru o zmiennym charakterze i zmiennem usadowieniu lub nieczystych tonów, zwłaszcza pierwszego tonu, którego dźwięk jest nieczysty, szorstki. Wszystkie tony są ciche; nie ma tak często spotykanego zaostrzenia drugich tonów, jak to bywa przy nerwowo wzmożonej czynności serca.

2) U prawie wszystkich chorych ciśnienie bywa nizkie, nie dochodzące 100 mm sł. rtęci.

3) Tętno bywa bardzo zmienne ze skłonnością raczej do przyspieszenia i z różnemi postaciami niemiarowości. Zmiany powyższe pochodzą najprawdopodobniej z osłabienia własności tonicznej mięśnia sercowego.

4) U chorych, u których takich zmian przedmiotowych stwierdzić nie można, należy również być bardzo ostrożnym w przyjęciu tła czysto nerwowego, ze względu na to, że według obecnego stanu badań niepodobna ściśle odgraniczyć przypadłości przyrody mięśniowej od nerwowej.

5) Ze względu na to, że badania ostatnich lat i z okresu wojennego niewątpliwie stwierdziły, iż stwardnienie tętnic

nie jest chorobą wyłącznie późniejszego wieku, lecz także stosunkowo bardzo młodego wieku, należy pamiętać przy braku zmian przedmiotowych także o możliwych zmianach miażdżycowych, które w pierwszym swoim okresie mogą być bezwzględnie nieprzystępne jakiemukolwiek badaniu, a przy których podmiotowe dolegliwości chorych są analogiczne do przypadłości nerwowych i mięśniowych.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Adler: **Leczenie cholery.** (Wiener klin. Woch. 1915, 5). Rady, podawane przez A., opierają się na doświadczeniach, zebranych na polach walk, oczywiście jednak mają ogólniejsze znaczenie. Wielki nacisk kładzie A. na przygotowanie odpowiednio wykształconego personalu lekarskiego i pomocniczego, którzy w odpowiednich grupach należało rozsyłać do ognisk epidemii. Leczenie należy natychmiast stosować nawet u tych chorych, u których istnieje dopiero podejrzenie co do cholery, nie czekając, aż obraz kliniczny stanie się typowy. U chorych dość jeszcze silnych stosuje A. po 1—3 wstrzyknięciach kamfory, przepłukanie żołądka 3—5 litrami ciepłej zawiesiny węgla zwierzęcego (kopiata łyżka na litr wody); po wypompowaniu tego płynu z żołądka wlewa się przez zgłębnik $^1/_4$ litra gęstej zawiesiny (łyżka na $^1/_4$ litra wody). Ułożywszy chorego na bok, stosuje się przepłukania jelitowe zawiesiną węgla o ciepłocie 45° C. Nieustannie należy chorego ogrzewać, co jakiś czas — bez osobnej ordynacyi lekarskiej — podawać łyk zawiesiny węgla (25—40 g. węgla na dzień). Glinka (bolus alba) nie działa dobrze. W przypadkach ciężkich z osłabieniem krążenia stosuje A. zamiast powyższych przepłukiwań odrazu wlewania 3% rozczynu soli kuchennej o ciepłocie 40° do żył, dodając na litr 1 cm sz. digalenu i 2 cm sz. oliwy kamforowej (oliwa pływając na powierzchni płynu przeważnie nie dostaje się do żył). Na jeden raz wlewa się ćwierć do trzech ćwierci litra; w razie potrzeby powtarza się wlewanie. Choremu trzeba obficie podawać do picia świeżą wodę. Wyskok chorzy znoszą źle; dopiero w późniejszym okresie, gdy się krążenie poprawi, może być wyskok pożyteczny, a wtedy też można zastosować przepłukiwanie żołądka i jelit. Atropinę i strychninę uważa A. nietylko za nieużyteczne, ale wprost za szkodliwe. W okresie ostatecznego zapadu (coma) zwykle nic już nie skutkuje; w 3 przypadkach powiodło się jednak A. i tu uzyskać dobry wynik przez ostrożne nakłucie lędźwiowe (wypuszczenie kilku kropli płynu) i wlewanie małych ilości rozczynu solnego do kanału rdzeniowego, oraz małe upusty krwi (200 cm. sz.) z następowem wlewaniem dożylnem rozczynu solnego (1—1·5 litra). r.

Prof. Frieboes: **Szczególne, przeważnie płonicowate osutki późne po szczepieniach przeciwdurowych i przeciwcholerycznych.** (Münch. m. W. 1916, 7). W lecie r. 1915 spostrzegał E. gromadne naksztalt, epidemii, osutkowe zachorowania z wysoką gorączką wśród młodych żołnierzy, przypominające obrazem klinicznym i zmianami na skórze najczęściej płonicę. Dokładne badania doprowadziły F. do wniosku, że nie była to jednakże ani płonica, ani wogóle żadna choroba zakaźna i zaraźliwa; przypadki te dotyczyły wyłącznie żołnierzy, którzy na 2—4 tygodnie przedtem zostali zapobiegawczo zaszczepieni przeciw durowi lub cholerze. Jeżeli osutka jest lekka, to od płonicy odróżnić ją nietrudno, a możnaby wziąść chyba za jakąś osutkę lekarstwianą. Natomiast znaczne stopnie osutki tej mogą bardzo przypominać płonicę, rozróżnienie może być nieraz bardzo trudne (a przy świetle sztucznem nawet niemożliwe) i w tem leży wielkie znaczenie praktyczne tych przypadków. Rozróżnienie polega na tem, że osutka płonicza nigdy niema odcienia żółtawego, właściwego tej osutce szczepiennej, zawsze przytem marmurkowatej, niejednostajnej (badać przy dziennem dobrem świetle!). r.

Prof. Kaup: **W sprawie duru osutkowego na galicyjskim placu boju.** (Wiener kl. Woch. 1916, 8). Na zasadzie bardzo ścisłych wiadomości o źródłach, przebiegu i zwalczaniu duru osutkowego we wszystkich armiach, działających w Galicyi i Królestwie, poddaje K. surowej krytyce publikacye doc. Späta (Wiener kl. Woch. 1915, 41 i 49), które przez nierozważne i zbyt dalekie wnioski mogłyby wyrządzić wielką szkodę. Mianowicie Spät na zasadzie kilkudziesięciu tylko spostrzeżeń (na ograniczonem bardzo terytoryum) utrzymywał, że prawie wszystkie te przypadki, które mógł zbadać bakteryologicznie i serologicznie, a które uważano za dur osutkowy, okazały się durem brzusznym, i z tego wnosił, że wogóle na całym terenie walk w Galicyi i Królestwie duru osutkowego jest bardzo mało lub wcale może niema i że zań brany jest zwykły dur brzuszny. Stąd, zdaniem Späta, zwalczanie wszawicy chybia celu i jest zbyteczne, a natomiast należałoby się chwycić środków zapobiegawczych, stosowanych przy durze brzusznym. K. dowodnie wykazuje błędy w badaniach i wnioskach Späta, powołując się m. i. wielokrotnie na doświadczenie naszych lekarzy urzędowych; w końcu wskazuje na ważną zdobycz różniczkoworozpoznawczą, jaką jest wykryta przez Weila swoista aglutynacya w durze osutkowym (Wiener kl. W. 1916, 2), oraz na doniosłość faktu, że powiodło się w durze osutkowym w Galicyi wyhodować zarazki, opisywane przez Bährа i Plotza i że jest nadzieja uzyskania swoistej szczepionki zapobiegawczej. r.

Bäumler: **Zakażenie ospą i szczepienie w ich wzajemnym wpływie na siebie.** (Münch. med. Woch. 1914, Nr 18). Na podstawie własnych i cudzych spostrzeżeń dochodzi B. do następujących wniosków. Szczepienie, stosowane nawet już w czasie wylęgania ospy, wywiera nieraz swe pełne działanie, o ile otoczka (areola) wytworzyła się przed wybuchem choroby. Richets twierdzi, że szczepienie może zapobiedz wybuchowi ospy, jeżeli się je stosuje w pierwszych dwóch dniach od terminu możliwego zakażenia. Przebieg ospy bywa tem cięższy, im więcej lat upłynęło od szczepienia. Im blizn po szczepieniu jest więcej i im blizna jest większa, tem mniejszy bywa odsetek przypadków śmiertelnych. Szczepienie, stosowane po wybuchu choroby, może złagodzić przebieg choroby. Korzystne działanie szczepienia, t. j. odporność, zjawia się dopiero w 9 dni. K.

Löwy: **W sprawie odporności przeciwtężcowej u człowieka.** (Wiener kl. Woch. 1915, Nr 47). Autor badał w 23 przypadkach surowicę u chorych na tężec i ozdrowieńców po tej chorobie w kierunku aglutynacyi, precypitacyi, antyhemotoksyn, niweczników wiążących dopełniacze i antytoksyn. Dochodzi do wniosku, że u niektórych chorych na tężec powstają ciała immunizacyjne. Produkcya niweczników nie zależy ani od siedziby rany, ani też od ciężkości, przebiegu lub czasu trwania choroby. Niekiedy, jak się zdaje, nie wytwarzają się wcale ciała immunizacyjne, albo też wytworzone niweczniki, a zwłaszcza antytoksyny, szybko się wydzielają. Między ilościami poszczególnych ciał immunizacyjnych nie ma żadnej równoległości.

Dr M. Blassberg.

Schrumpf. **Drożdże jako środek żywności.** (Münch. m. W. 1916, 8). Wielkiego rozgłosu nabrały niedawno zarówno w pismach lekarskich, jak wśród szerokich kół ludności drożdże, spreparowane jako środek żywności i puszczone w obieg handlowy p. n. »Nährhefe«. Drożdże te miały być nietylko korzystnym dodatkiem do najrozmaitszych potraw, ale same nawet miały zastępować pokarmy białkowate; istotnie zawierają one 54% białka, 3% tłuszczów. Wyrabiająca je fabryka rozgłaszać zaczęła, że mogą one zupełnie zastąpić mięso, od które są »tańsze« (5 marek za 1 kg.!?) i że przytem działają podniecająco na apetyt. Wszystko to zdawało się zasługiwać na wiarę, gdyż poparte zostało oświadczeniem higienisty, prof. Schotteliusa, że jako dodatek do potraw są ogólnie dobrze znoszone i że próby podawania po 30, 50, a w końcu 100 gr. samych drożdży dziennie 10 więźniom w domu karnym wypadły pomyślnie. — S., sprawdzając na oddziale prof. Umbera w Berlinie badania prof. Schotteliusa, stwierdza przedewszystkiem, że dorosły ustrój potrzebuje dziennie według nowszych badań około 60 gr. białka (nie mówiąc już nawet o dawniejszych badaniach, według których ilość ta powinna być znacznie wieksza). Chcąc tylko połowę tego białka podać w postaci drożdży, trzebaby podać ich 50—70 gr. dziennie. S. przekonał się jednak, że nawet wtedy, jeśli się tę ilość rozdzieli na drobne dawki, zmieszane z rozmaitemi potrawami, to pomimo wszelkich zapraw, korzeni i t. d. czuć w nich zawsze zapach i gorzki posmak »drożdży odżywczych«, tak że takich potraw niepodobna przełknąć, przytem, jak się S. i na sobie przekonał, wywołują one dolegliwości żołądkowe. Nawet po zmniejszeniu dawki drożdży do 20 gr. dziennie budziły potrawy niemi zaprawione wstręt i w żadnem z doświadczeń nie udało się S. przeprowadzić takiego żywienia dłużej, niż 6 dni. Ta zaś dawka, 20 gr. dziennie, zawiera zaledwo 10·8 gr. białka. W przepisach przyrządzania, podanych przez fabrykę »drożdży odżywczych«, zalecono »wobec wielkiej pożywności« drożdży takie ilości, że na głowę i dzień przypadałoby ledwo 2·5 grm. drożdży, to jest 1·35 gm białka. Wobec tego odmawia S. droż-

dżom wszelkiej wartości praktycznej w sprawie żywienia się ludności. r.

Wiesner: **O ziarenkowcowym nieżycie jelit** (Kokkenenteritis). (Wiener klinische Woch. 1915, Nr 47). Okoliczność, że przy badaniu stolców napotyka się często znaczną ilość dwoinek i paciorkowców, skłoniła autora do śledzenia patogenetycznej roli tych drobnoustrojów. Dochodzi on do wniosku, że paciorkowiec mleczny (streptococcus lacticus), który znajduje się niekiedy w stolcach w znacznej ilości, stanowi przyczynę nieżytów jelitowych. Te nieżyty występują albo samodzielnie, albo w połączeniu z innemi sprawami jelitowemi swoistemi, jak n. p. z durem brzusznym lub czerwonką, albo też jako sprawa następowa po powyższych cierpieniach. Dr M. Blassberg.

Glässner: **Nowy sposób leczenia nadkwaśności żołądka, szczególnie w przypadkach wrzodów.** (Wiener kl. Woch. 1916, 5). — G. uzyskał dobre wyniki zapomocą podawania soli żółciowych, jak cholanu sodowego, oraz samego kwasu cholowego. Podaje się 0·2 cholanu lub 0·1 kwasu z dodatkiem równej ilości oliwy w kapsułkach po jedzeniu, stosując przytem dyetę nie kwaśną, nie drażniącą, zawierającą mało soli kuchennej, zbliżoną do dyety dla cukrzyczych, oraz silniejsze wody alkaliczne. Aby uniknąć biegunek i morzyska, które występują u niektórych chorych, stosuje G. obecnie na dzień 3—9 kapsułek żelatynowych, zawierających po 0·25 glikocholanu potasowego. Z 10 przypadków wrzodu żołądka uzyskać miał G. w 8 zupełne zniknięcie dolegliwości, w 1 poprawę, a tylko w jednym leczenie było bezskuteczne. r.

Kabanow. **O rozpoznawaniu schorzeń żołądka i jelit z pomocą metody dyalizacyjnej Abderhaldena.** (Münch. med. Woch. 1913. 39). Autor donosi tymczasowo o wynikach swych badań w szeregu chorób przewodu pokarmowego z pomocą metody dyalizacyi; wynika z nich, że prawdopodobnie istnieją zaczyny obronne (Abwehrfermente), które są swoiście »nastawione« na poszczególne części przewodu pokarmowego. Autor, nie znając rozpoznania klinicznego, mógł między innymi rozpoznać trzy przypadki wrzodu dwunastnicy, trzy wrzodu żołądka wzgl. odźwiernika i t. d. Przy achylii wypada odczyn dodatnio wtedy, gdy achylia jest zupełna, t. j. brak jest odczynu lakmusowego. N.

Schlaginweit i Stepp: **Badania nad czynnością wydzielniczą trzustki przy zaburzeniach czynności żołądka według doświadczeń na psach z przetoką.** (Münch. med. Woch. 1913. 34). W doświadczeniu na zwierzętach można wykazać, że sok żołądkowy, nie zawierający kwasu solnego, wstrzyknięty do dwunastnicy, bez względu na to, czy pochodzi z chorego na raka, czy też na zwykły brak soku żołądkowego, wywołuje nieznaczne wydzielanie soku trzustkowego; natomiast 0·4% kwas solny, soki żołądkowe prawidłowe lub soki nadmiernie kwaśne wywołują bardzo silne wydzielanie. Ponieważ klinicznie nie we wszystkich przypadkach braku soku żołądkowego istnieje brak wydzielania trzustkowego, należy przyjąć, że tworzenie się sekretyny w błonie śluzowej jelita cienkiego zostaje wywołane przez inne jeszcze jakieś czynniki, a nietylko przez kwas solny. Pod tym względem okazały się mydła bardzo skuteczne; prócz tego zachodzi jeszcze możliwość istnienia automatyczno-rytmicznej czynności trzustki. Tak więc czynność trzustki może być wynikiem wielu czynników, których znaczenie w poszczególnych przypadkach trudno jest ocenić.

Lippman: **Badanie czynności wydzielniczej wątroby.** (Zeit. für ärztl. Forb. Nr 10. 1914). Główną czynnością wątroby jest przerabianie amoniaku na mocznik. Jeżeli jednak ustrój wytwarza dużą ilość kwasów (acidosis), to amoniak służy do zobojętnienia kwasów, a w mocznik nie przechodzi. Podając alkalia i stosując pewną dyetę, badamy w moczu stosunek amoniaku do mocznika. W praktyce badanie to niema jednak znaczenia. Drugą czynnością wątroby jest gromadzenie tłuszczu. Ponieważ tłuszcz odkłada się i w innych miejscach ustroju, przeto odpada badanie i tej czynności wątroby. Trzeciem, i to bardzo ważnem zadaniem wątroby jest zatrzymywać substancye, obce ustrojowi, i toksyny. Wiadomo, że wiele trucizn przy zatruciach wątroba zatrzymuje i zobojętnia. Te substancye szkodliwe wiąże kwas eterowo-siarczany, lub kwas glukuronowy. W celu badania tej czynności podajemy kamforę, która w wątrobie łączy się z kwasem glukuronowym, porównywamy powstałą ilość połączenia z ilością, wydzielaną w moczu, i wnosimy z różnicy o upośledzeniu czynności wątroby w tym kierunku. Czwartą czynnością wątroby jest wytwarzanie żółci. Składową część żółci stanowi między innemi bilirubina, która w jelitach redukuje się na urobilinę. O ile wątroba działa prawidłowo, to w moczu znajdujemy ślad urobiliny. Jeżeli czynność wątroby jest upośledzona, to w moczu znajdziemy duże ilości urobiliny. Pochodzi to stąd, że wątroba nie jest wtedy zdolna zatrzymać urobiliny, wytworzonej w jelitach, a dowiezionej do wątroby przez krew, wskutek czego urobilina zostaje wydalona przez nerki. Piątą czynnością wątroby jest gromadzenie węglowodanów i przetwarzanie ich w glikogen. W stanie prawidłowym krew zawiera 0·1% cukru gronowego. Natomiast cała ilość cukru, wessana z pożywienia, a któraby naruszyła powyższy stan krwi, zostaje złożona w postaci glikogenu w wątrobie i mięśniach. O ile wątroba nie wypełnia tego zadania, cukier ten wydzielają nerki. Ale ten cukromocz pokarmowy, chociaż zwykle idzie w parze z upośledzeniem czynności wątroby, nie jest jednak zawsze dowodem tego upośledzenia. Odgrywa tutaj rolę i trzustka, i mięśnie. Wyłączną jednak czynnością wątroby jest przyswajanie lewulozy i galaktozy. Strauss dowiódł doświadczalnie, że zdrowa wątroba przyswoić może 100 gr. lewulozy, spożytej na czczo; przy tej dawce w moczu lewulozy nie wykryjemy, o ile wątroba działa prawidłowo. W przeciwnym razie lewuloza przejdzie do moczu, a z ilości wykrytej w moczu można wnosić o stopniu zmian wątroby. Próbę wykonujemy w sposób następujący: Badany zaraz zrana otrzymuje naczczo 100 gr. czystej chemicznie lewulozy (przetwór Scheringa), rozpuszczonej w $^1/_2$ litrze kawy, (gdyż wodny rozczyn lewulozy chorzy na wątrobę wymiotują). Następnie zbieramy mocz w ciągu najbliższych sześciu godzin, z każdej godziny w oddzielnem naczyniu. Każdą porcyę poddajemy badaniu. W ten sposób nie ujdą naszej uwagi nawet najmniejsze ilości lewulozy, którychby nie można wykryć, gdyby się rozcieńczyły w większych ilościach moczu. Wykrycie lewulozy polega na jej zdolności do krzepnięcia i na tem, że promienie spolaryzowane skręca ona na lewo. Bardzo prostym sposobem wykrycia lewulozy jest próba Seliwanowa. Celem wykonania jej dodajemy do 5 cm³ moczu taką samą ilość zgęszczonego kwasu solnego i kilka kryształów rezorcyny, wszystko to kilka minut gotujemy. Jeżeli lewuloza jest obecna, występuje przy gotowaniu zabarwienie wina czerwonego. Po kilku minutach płyn przybiera zabarwienie ciemno-brunatnoczerwone i staje się nieprzeźroczystym. Azotyny i indykan w silnem zgęszczeniu dają podobny odczyn. O ile jednak przed badaniem co do lewulozy nie wykryto dużej ilości tych ciał w moczu, to o ile odczyn wystąpi, możemy przyjąć, że jest obecna lewuloza. W przypadkaah wątpliwych posiłkujemy się próbą polaryzacyjną i próbą krzepnięcia' Jeżeli mocz jest ciemny lub zabarwiony żółtaczkowo, to przed dokonaniem próby Seliwanowa wstrząsamy mocz krótko z węglem zwierzęcym, ażeby usunąć barwiki.

Po spożyciu 100 gr. lewulozy naczczo w następujących przypadkach stwierdzono w moczu odczyn lewulozy:

	Strauss	Hohlweg	Lippman
Badano przypadków	280	100	50
Zdrowa wątroba	10%		
Marskość wątroby	83%	100%	100%
Przymiot wątroby	75%	100%	100%
Żółtaczka nieżytowa	70%	100%	90%
Zamknięcie przewodu żółciowego kamieniami	62·5%	100%	80%
Nowotwór wątroby	38%	25%	30%

Z tablicy tej wynika, że wątroba nie przyswaja lewulozy w tych chorobach, w których powstają rozlane zmiany (diffuse Schädigung) miąższu wątrobnego. Przy ogniskowych natomiast zmianach wątroby lewulozy w moczu nie wykrywamy. Brak zatem lewulozy w moczu nie dowodzi nieobecności tych ogniskowych zmian wątroby. Zasługuje na uwagę to, że nawet przy częściowem, nie mówiąc już o całkowitem, zamknięciu przewodu żółciowego występuje lewuloza w moczu (a więc i przy nieznacznej żółtaczce), jak również i długi czas po ustąpieniu niedrożności odczyn jest dodatni. To zachowanie się moczu jest czynnikiem rozstrzygającym w przypadkach, kiedy rozpoznanie waha się między kolką wątrobną, nerkową i jelitową, jak również ołowiczą. Zupełne zamknięcie przewodu żółciowego tak uszkadza miąższ wątroby, że nietylko nie zostają przyswojone zwykłe ilości, 100 gr., lewulozy, ale i ilości daleko mniejsze. Wykrycie lewulozy w moczu przy dawce 50 gr. przemawia za ostrem zamknięciem przewodu żółciowego przez uwięźle w nim kamienie. Zamknięcie przewlekłe, n. p. na tle nowotworowem, daje odczyn dodatni przy dawce 70 g. albo 100 g. Przy niedokrwistości złośliwej z lekką żółtaczką i przy żółtaczce hemolitycznej nie wykrywamy lewulozy w moczu. Pochodzi to stąd, że choroby te nie powstają na tle zmian wątroby, lecz na tle zmian czynności śledziony. Prób z galaktozą nie robimy, ponieważ lewuloza jest daleko czulszym wskaźnikiem. Prawidłowa wątroba przyswaja 30 gr. galaktozy. Tadeusz Kon.

Openchowski: **Rozpoznawanie siedziby wrzodu żołądka.** (Münch. med. Woch. 1913. 47). We wszystkich przypadkach wrzodu żołądka, spostrzeganych przez autora, dała się stwierdzić pewna stałość objawów ze strony układu nerwowego, jakoteż określone punkty uciskowe bolesne na kręgosłupie. Jeśli chorzy uczuwają najsilniejszy ból przy ucisku 4., 5., 6. i 7. kręgu piersiowego, wtedy wrzody żołądka są usadowione, jak to potwierdziły sekcye, zazwyczaj między wpustem a odźwiernikiem na małej krzywiznie. Jeśli się stwierdzi bolesność uciskową kręgów lub ich okolicy aż do 10. kręgu, należy przyjąć wrzód w okolicy ciała żołądka. Jeśli bolesność obejmuje 10. do 12. kręgu, odpowiada to zazwyczaj wrzodowi, usadowionemu na dużej krzywiznie tuż przy odźwierniku. Natężenie bolów, jakoteż rozpromienianie się ich ku kręgosłupowi lub w prawą albo lewą stronę klatki piersiowej zależy, zdaje się, od rozmiarów wrzodu, jego szerokości i głębokości w związku z ilością dróg nerwowych, uszkodzonych przez wrzód. N.

Schultz i Grote: **Badania płonicy z pomocą odczynu Abderhaldena.** (Münch. med. Woch. 1913. 45). U chorych na płonicę stwierdzili autorowie między 5. a 32. dniem choroby z pomocą metody Abderhaldena zaczyny obronne, nastawione na gruczoły limfatyczne. Te zaczyny są swoiste dla gruczołu limfatycznego wogóle, a nie dla gruczołu, zmienionego przez jad płoniczy. N.

Koch: **O surowicy ozdrowieńców po płonicy.** (Münch. med. Woch. 1913, 47). Spostrzeżenia Reissa i Jungmanna na 12 przypadkach płonicy, leczonych surowicą ozdrowieńców po płonicy, może autor potwierdzić na podstawie swych 22 przypadków. Z tych przypadków, wogóle ciężkich, umarł tylko jeden chory, który w chwili wlewania był już w agonii. Koch spostrzegał pewne korzystne działanie także i w późnym okresie choroby oraz w postaciach septycznych. Zapalenia nerek w przypadkach swych K. nie spostrzegał. N.

David: **Ostre pierwotne błonicze zapalenie płuc.** (Münch. med. Woch. 1913. 42). W jednym przypadku zapalenia dolnego płatu płuca lewego z lekkiem zapaleniem opłucnej po tejsamej stronie, które w typowy sposób skończyło się przełomem, rozwinęło się nagle postępujące krupowe zapalenie tchawicy i oskrzeli oraz zapalenie płuc, które zajęło dolny płat prawego płuca i doprowadziło do śmierci. Przyjąć należy, że jakąś, nie dającą się stwierdzić drogą dostały się prątki błonicze do lewego płuca, gdzie wywołały pierwotne ognisko zapalenia płuc; przez wykrztuszanie dziecko zakaziło następnie swą tchawicę i prawe płuco. Przypadek ten zdaniem autora ma wielkie znaczenie epidemiologiczne, gdyż chorzy tacy jako roznosiciele zarazków mogą łatwo przyczyniać się do rozwlekania choroby. N.

Jagic i Reibmayr: **Z kazuistyki tętniaków śródczaszkowych.** (Wien. med. Woch. 1913. 39). Choć dawno znane są anatomicznie tętniaki tętnic podstawy czaszki, jakoteż znane są ich przyczyny (kiła, miażdżyca, urazy i zatory), — to kliniczna dyagnostyka jeszcze wiele pozostawia do życzenia. Na podstawie dwu przypadków, spostrzeganych i potwierdzonych sekcyą, omawiają autorzy symptomatologię tego rzadkiego schorzenia. Najważniejszem dla rozpoznania jest nakłucie lędźwiowe. Równomierne rozdzielenie krwi w płynie mózgowordzeniowym, stwierdzane stale przy powtórnych nakłuciach, pewne zmiany w ciałkach krwi, oraz podbarwienie płynu wykluczają inne sprawy chorobowe. W przebiegu klinicznym charakterystyczne są objawy, przypominające zapalenie opon, objawy powtarzające się oraz rozpoczynające się nagle w przeciągu jednej zaledwie godziny. Każdy taki napad odpowiada małemu krwotokowi. Stałym objawem w czasie wolnym od krwawienia jest ból głowy. Napad poszczególny cechuje się sztywnością mięśni karku i grzbietu, bólami w górnej części kręgosłupa, niemożnością skłonienia głowy ku przodowi, wzmożonymi odruchami, objawem Kerniga, przeczulicą skóry, bólami w części potylicznej głowy, jednem słowem objawami zapalenia opon, tylko bez gorączki. Jednorazowe silniejsze krwotoki, wiodące w kilku godzinach do śmierci, trudno jest odróżnić od właściwego krwotoku mózgowego, natomiast krwotoki małe, powtarzające się napadami objawów wyżej wymienionych, są właściwe dla tętniaków. Rozpoznanie uzupełnia się przez nakłucie lędźwiowe. N.

Doc. Nikitin: **O wpływie ochronnych szczepień przeciw wodowstrętowi na częstość napadów padaczki.** (Kuracisto 1914. Nr 5). Kobieta 43-letnia cierpiała od 10. roku życia na napady prawdziwej padaczki z utratą świadomości, z ogólnemi drgawkami, trwającemi przez 5 minut, ze zranieniami języka i mimowolnem oddawaniem moczu. Napady powtarzały się co tydzień, a towarzyszył im krzyk, upadek i potłuczenia. W 21. roku życia chora została ukąszona przez wściekłego psa i przeszła systematyczne leczenie wstrzykiwaniami ochronnemi przeciw wodowstrętowi. Potem miała chora tylko jeden napad padaczki po miesiącu, a później przez następnych 22 lat nie miała żadnego napadu. Ten pomyślny przypadek uprawniał do zastosowania leczniczego tejsamej metody przeciw padaczce. Przy próbnych wstrzykiwaniach okazała się zawiesina ze świeżego rdzenia królików prawidłowych zupełnie przeciw padaczce bezskuteczną. Potem zaczął autor stosować wstrzykiwania osłabionego jadu wścieklizny w tejsamej postaci, w jakiej go się stosuje przy wstrzykiwaniach ochronnych przeciw wściekliźnie, tylko z tą różnicą, że przeważnie wstrzykiwał materyał o małej jadowitości. Tą metodą leczył autor siedem przypadków prawdziwej padaczki. Chorzy byli w wieku od 15—27 lat, cierpieli na padaczkę od 3—8 lat, a liczba napadów wynosiła od 1—2 tygodniowo do 1—3 codziennie. Leczenie trwało przez 2—3 tygodnie z codziennem wstrzykiwaniem. W dwóch przypadkach skutek był wybitny: po krótkotrwałem wzmożeniu się liczby napadów znikły one zupełnie i nie pojawiły się wcale, w dwóch przypadkach liczba napadów znacznie zmalała, w piątym przypadku, powikłanym z ciążą, która zazwyczaj wywiera niekorzystny wpływ na padaczkę, skutek był krótkotrwały. W dwóch przypadkach wynik był ujemny. Atoli w jednym z nich padaczka codzienna trwała od 13 lat i wyraźnie zaznaczone było niedołęstwo umysłu, w drugim przypadku było przypuszczalne histeryczne podłoże napadów. — Skutek tej metody leczniczej jest, według autora, niewątpliwy, a silniejszy od działania bromu. Skutek nie pojawiał się natychmiast, lecz bywał poprzedzany przez okres wzmożonych liczebnie napadów. Dla wytłómaczenia tego działania może nie bez znaczenia są znane z literatury nieprawidłowości przemiany materyi ustroju epileptyków i pokrewieństwo objawów padaczki i wodowstrętu, jako postaci w istocie swojej kurczowych.

Dr Blassberg.

Chirurgia.

Denk i Walzel: **Ropowica gazowa w czasie wojny.** (Wiener kl. W. 1916, 8). Na zasadzie kilkudziesięciu spostrzeżeń dochodzą D. i W. do wniosku, że zakażenie beztlenowcami, zagrażające ropowicą gazową można rozpoznać już w kilka godzin po zranieniu z charakterystycznej, wodnistej, brunatnawej wydzieliny z rany, mającej zapach mdły, słodkawy. Gazy zaczynają się wytwarzać znacznie później, niż ta znamienna woń. Postęp zakażenia udaje się w większości przypadków zatamować przez operacyę wczesną, polegającą na szerokiem rozcięciu pierwotnego ogniska i mnogich nacięciach zajętych tkanek. Wskazanie do amputacyi lub wyłuszczenia kończyny w stawie powstaje dopiero w razie zgorzeli, bardzo znacznego zmiażdżenia kończyny, oraz w razie szczególnie rozległego i głębokiego zakażenia beztlenowcami, które objawia się postępem sprawy pomimo nacięć. Przypadki z wczesnymi objawami ogólnymi (septyczne piorunujące) z góry są stracone. Zapobiegawczo należy na wszystkie rany od granatów stosować chlorek wapnia; jeżeli części miękkie są bardzo poszarpane albo kości zmiażdżone, należy wszystkie strzępy tkanki i odłamki kości jaknajrychlej pousuwać, wycinając zwłaszcza wszystko, co jest nekrotyczne, a potem stosować chlorek wapnia. To postępowanie zalecają D. i W. także przy ranach szrapnelowych i karabinowych, jeśli powstały w okolicach zakażonych. Byłoby pożądane, aby chlorek wapnia stosowali na rany podejrzane zaraz sanitaryusze w linii bojowej, odpowiednio pouczeni. r.

Derganz: **Leczenie zapalenia otrzewnej** (Münch. m. W. 1916, 5). W ostatnich latach zalecano we Francyi w przypadkach zapalenia otrzewnej, wykonawszy laparotomię, wlać do jamy otrzewnej 150—200 cm^3 eteru, a potem nie usuwać (zapomocą wacików) wszystkiego, lecz pozostawiać 30—50 cm^3. — D. stosował ten sposób od dwu lat w 30 przypadkach zapalenia otrzewnej, wśród tego w 4 przypadkach zapalenia po przedziurawieniu zgorzelinowego wyrostka robaczkowego (nawet w 72 godziny po przedziurawieniu) z wynikiem pomyślnym. Równie pomyślne wyniki otrzymał D., jak podaje, zapomocą przemywania eterem stawów, dotkniętych (pierwotnem) ropieniem. r.

Bergel: **Leczenie zbyt powolnego tworzenia się kostniny i stawów rzekomych zapomocą wstrzykiwania włóknika.** (Berl. kl. W. 1916, 2). Wychodząc z zapatrywania, że bez udziału włóknika w zwykłych warunkach żadna rana się nie może goić, uważa B. swój sposób postępowania za naśladowanie i wzmaganie tych spraw, które przy gojeniu się ran sam ustrój przeprowadza. B. wstrzykiwał pod okostnę końców odłamków zawiesinę 0·3 wysuszonego, sproszkowanego włóknika z krwi końskiej w 10 cm sz. fizyologicznego roztworu soli.

Wstrzykiwanie powtarzał co 2 do 4 tygodni. — Z leczonych w ten sposób 50 przypadków, w których tworzenie się kostniny znacznie się było opóźniło, wyleczył B. dotąd 26, polepszenie uzyskał w 10. W dwóch przypadkach leczenie było bezskuteczne. r.

Prof. Simmonds: **Niebezpieczeństwa pyelografii.** (Münch. m. W. 1916, 7). Dotychczas nie zwracano niemal uwagi na to, że pyelografia może być wprost niebezpieczną. W przypadku Simmondsa powstało wskutek pyelografii szybko postępujące, śmiercią zakończone, ogólne zakażenie paciorkowcowe. Podobny przypadek podał niedawno także Rössle. Niebezpieczeństwo to jest, zdaniem S., znacznie większe, niż niebezpieczeństwo zatrucia używanym do pyelografii kollargolem. S. usilnie doradza, aby przed podjęciem pyelografii dokładnie zbadać, czy w pęcherzu moczowym niema jakich jadowitych bakteryi, a jeśliby były, zaniechać pyelografii. Przy wykonaniu zabiegu należy jaknajstaranniej unikać wszystkiego, coby mogło uszkodzić miąższ nerki. We wszystkich przypadkach zachorowania po pyelografii należałoby badać krew bakteryologicznie. v.

Prof. Lewin: **Niebezpieczeństwo zatrucia przez pociski i odłamki pocisków, pozostałe w ustroju.** (Med. Klinik 1916, 2). Jak wiadomo, zasadą chirurgii nowoczesnej jest pozostawianie pocisków w ustroju, jeżeli tylko przez swe położenie nie zagrażają lub nie działają szkodliwie na ważne narządy i jeżeli nie są zakażone. Przyjmuje się przytem, że takie pociski nigdy nie wywołują zatrucia (ołowicy). W rzeczywistości jednakże chirurdzy, którzy to utrzymują, tracą tych chorych z oczu, zanim jeszcze mogą wystąpić wybitne objawy ołowicy; — brak też wszelkich wiadomości, wśród jakich objawów umierają ludzie, w których ustroju znajdował się latami pocisk ołowiany. L. wywodzi, że pod działaniem tlenu, znajdującego się w tkankach, pod działaniem soli, zawartych w cieczach ustroju, dalej pod wpływem tłuszczów, lipoidów i t. p. mogą tworzyć się w ustroju z kuli ołowianej związki rozpuszczalne i trujące. Dowodzą tego wreszcie i badania, wykonane przez Deniga i Neua już w czasie obecnej wojny u 96 rannych żołnierzy, u których pozostały w ciele kule karabinowe lub szrapnelowe, albo ich odłamki. Otóż u 11·5% badanych stwierdzono ołów w moczu i ślinie. (Stwierdzić ołów można prostym a bardzo czułym sposobem Lewina: przez gotowanie badanej wydzieliny z rozczynem białka i ługiem sodowym powstaje w razie obecności ołowiu zabarwienie ciemne i większy lub mniejszy strąt siarczków ołowiu). Toteż L. domaga się, aby pociski ołowiane usuwać zawsze, ilekroć nie grozi to niebezpieczeństwem dla życia. r.

Fränkel S. i Fürer: **Krytyczne studya nad doświadczalnem leczeniem nowotworów złośliwych.** (Wiener kl. Woch. 1915 i 1916, 7). Autorowie starali się zapomocą całego szeregu systematycznych prób stwierdzić, czy pewne związki chemiczne, zwłaszcza z grupy związków aromatycznych, wywierają jakikolwiek wpływ leczniczy na nowotwory złośliwe, doświadczalnie przez zaszczepienie wywołane u zwierząt. Dotychczasowe badania F. i S., przeprowadzone z bardzo już wielu związkami chemicznymi, wydały wynik najzupełniej ujemny: nowotwory u zwierząt »leczonych« rozwijały się albo równie szybko, jak u innych, albo nawet szybciej. W dwu swych ostatnich pracach (III i IV) zdają autorowie sprawę z doświadczeń, również niepomyślnych, z oksyetylowemi zasadami chinoliny i γ-fenylchinaldyny, z chininą i związkami od niej pochodnymi, ze związkami jodu (trójbromek, cyanek i t. d.), dalej z borem, fluorem, środkami rozszerzającymi naczynia (nitrogliceryna, erytroltetranitrat), z pikrynianem sodowym i kwasem pikrolonowym. W najbliższej pracy złożą F. i F. sprawozdanie z działania środków, mających własność niszczenia komórek. r.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Opagen, przetwór fabryki Laokoon we Lwowie, stosował prof. Dr Antoni Gluziński w klinice lekarskiej we Lwowie w r. 1914 w pastylkach, w podskórnych wstrzykiwaniach i w kroplach wewnętrznie, w celu łagodzenia bolów, jako środek nasenny i przeciwko biegunkom. Z ubocznych działań tylko 2 razy spostrzegano wymioty, podobnie jak po wstrzykiwaniach podskórnych morfiny, zresztą nie zauważono żadnych innych ubocznych działań. Co do wyżej wymienionych trzech wskazań, to przeciw bolom i jako środek nasenny działał opagen zupełnie dodatnio; co do działania przeciw biegunkom pewnego zdania powiedzieć nie można, gdyż stosowano opagen w przypadkach nie zupełnie odpowiednio dobranych. Wogóle opagen [1]) w działaniu swojem odpowiada podanemu składowi i może być użyty w tych razach, w których znajdują wskazanie przetwory makowca.

Salvarsannatrium stosował Schmidt zamiast salwarsanu i neosalwarsanu z wynikiem nie gorszym od wyników stosowania tych leków. Zaletą nowego przetworu jest to, że można go wobec znacznej jego rozpuszczalności (0·45:5·00) stosować w rozczynach bardzo silnych, a więc w małej objętości płynu wstrzykiwać stosunkowo duże dawki leku. S. rozpuszczał w strzykawce 10-gramowej aż do 0·3 i 0·45 leku. Ponad dawkę 0·3:10·0 nie przekraczał. (Münch. m. W. 1916, 8). r.

Theacylon (acetylsalicylteobromina) jest to nowy środek moczopędny, wyrabiany przez fabrykę Mercka. Radwansky próbował go w 8 przypadkach przewlekłych chorób serca lub nerek z obrzękami; wyniki były dobre, nawet tam, gdzie inne środki (naparstnica, diuretyna, cymaryna, teocyna) zawiodły. R. poleca podawać 4—6 razy dziennie po 0·5 teacylonu. Ubocznych szkodliwych działań nie spostrzegał. Korzystnie również ocenia teacylon prof. Hoffmann. (Münch. m. W. 1915, 33 i 1916. 8). r.

W bezsenności przy niedomodze serca zaleca prof. A. Fraenkel (Ther. der Gegenw. 1914, V) strofantynę, łączącą zalety leku sercowego z właściwościami nasennemi. Fraenkel używał strofantyny wyrobu Boehringera. B.

Leptynol, 2½% rozczyn wodorotlenku palladawego w oleju łogowym, stosował Vogt w klinice prof. Kehrera w Dreznie (Münch. m. W. 1914, 19) w leczeniu otyłości. Po wstrzyknięciu 2—4 cm^3 leptynolu spadała waga o 200 do 2000 gramów; wstrzykiwania po 2 cm^3 powtarzał K. dwa razy na tydzień, osiągając n. p. w jednym przypadku w ciągu tygodnia spadek wagi o 6 klgr. bez osobnej dyety. Kl.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 17. XI. 1915.

Obecnych członków 48. Przewodniczy kol. Kader.

1) Przewodniczący poddaje pod głosowanie wniosek Zarządu Towarzystwa, by w styczniu 1916 r. na posiedzeniu administracyjnem zostało złożone sprawozdanie z czynności Towarzystwa za dwa lata t. j. za r. 1914 i 1915, a to z tego względu, że sprawozdanie za r. 1914 nie było zupełne z przyczyn niezależnych od Zarządu. Wniosek ten przyjęto jednomyślnie.

2) Wybrano jednomyślnie Komisyę przedwyborczą, składającą się z 14 członków i przewodniczącego kol. Godlewskiego.

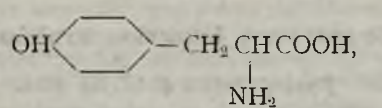
3) Przewodniczący w gorących słowach powitał otwarcie polskiego Warszawskiego Uniwersytetu w dn. 15. listopada 1915. Przemówienie to, którego obecni wysłuchali stojąc, zakończył kol. Kader życzeniem, by od tej chwili Uniwersytet Warszawski pozostał polskim po wsze czasy.

4) W myśl uchwały Zarządu zabrał głos kol. Ciechanowski, by poinformować członków Towarzystwa o stanie wydawnictwa »Przeglądu lekarskiego«. Kol. Ciechanowski przypomina powody zawieszenia wydawnictwa »Przeglądu lek.« w sierpniu 1914. W sierpniu bieżącego roku (1915) powstała myśl wznowienia wydawnictwa. Dzięki inicyatywie grona kolegów krakowskich zdołano zebrać z ofiarności prywatnej fundusz, który wystarczy na wydanie jeszcze w tym roku trzech do czterech zeszytów »Przeglądu«. Gdy warunki okażą się lepsze, »Przegląd« będzie mógł wychodzić regularnie. Wywód kol. Ciechanowskiego przyjęto oklaskami.

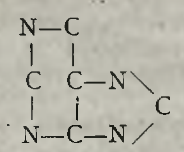
5) Kol. Marchlewski wygłosił wykład: **O witaminach i ich roli w odżywianiu.** Prelegent zastanawia się naprzód nad sprawą sztucznego odżywiania. Zagadnienie to było już dawno opracowywane przez chemików i fizyologów. Badacze podzielili

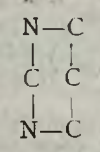
[1]) Fabryka Laokoon zmieniła nazwę przetworu »omnopon« na »opagen« (opii agentia alcaloida omnia), z powodu podobieństwa nazwy omnoponu do nazwy przetworu firmy Hofman la Roche: pantopon.

się na dwie grupy: jedni z Abderhaldenem na czele twierdzą, że zagadnienie to jest rozwiązane w znaczeniu dodatniem, drudzy są zdania przeciwnego. Wiele w tej dziedzinie chemii fizjologicznej pracował Abderhalden, który w swojej broszurze »Rozwiązanie problematów sztucznego odżywiania«, zebrał wszystko, co dotychczas zrobiono. Przez sztuczne odżywianie należy rozumieć odżywianie zapomocą ciał, które, wychodząc z pierwiastków C, H, O, S, N, Ph i metali, możemy drogą laboratoryjną uzyskać. Z chemii fizjologicznej wiemy, że pokarmy nasze składają się z cukrów, tłuszczów i białka. Cukier jest asymilowany przez ustrój w postaci glukozy $C_6 H_{12} O_6$, którą syntetycznie, wychodząc z C, H, O, możemy zrobić. Otrzymana syntetycznie glukoza będzie skręcać płaszczyznę światła spolaryzowanego w prawo, lecz do tego trzeba się uciec do środków biologicznych, lub też do związków optycznie czynnych, dostarczonych przez przyrodę, jak chinina. Sprawa więc sztucznego otrzymywania glukozy jest rozwiązana. Drogą polimeryzacyi możemy otrzymać cukry wyższe, jak cukier gronowy, $C_{12} H_{22} O_{11}$, lecz w procesie asymilacyjnym nie odgrywają one wybitnej roli i muszą uledz rozkładowi na cukry prostsze. Co się tyczy białka, to zupełnej syntezy jego jeszcze nie uzyskano; udało się dotąd otrzymać ciała, identyczne z peptydami i polipeptydami, musimy się więc zgodzić, że synteza białka jest tylko kwestyą czasu. Co się tyczy wreszcie tłuszczów, to są one ciałami bez porównania prostszemi; mając glicerynę i kwasy tłuszczowe, łatwo dochodzimy do tłuszczów. Zupełnej syntezy lecytyn nie przeprowadzono, lecz są to ciała proste, złożone z kwasu fosforowego, gliceryny, kwasów tłuszczowych i choliny. Wreszcie wchodziłyby w grę ciała organometaliczne; przypuszczano bowiem, że metale lepiej się przyswajają w postaci związków organicznych. W istocie tak nie jest, ciała nieorganiczne przyswajają się lepiej, a organo-metaliczne związki w procesie asymilacyjnym muszą uledz rozkładowi z wytworzeniem jonu metalu. Abderhalden w doświadczeniach swoich nad sztucznem odżywianiem używał mieszaniny, składającej się z aminokwasów, powstałych z hydrolitycznego rozkładu kazeiny pod wpływem HCl, dodawał do tego glukozy, tłuszczów, soli fosforowych, żelaza, manganu i wapnia i tą mieszaniną karmił psa, który przez 30 dni pozostawał w równowadze azotowej. Co się jednak stało dalej z tym psem, nie wiadomo. Z mieszaniny tej Abderhalden nie wyłączył jednak tyrozyny, której



ustrój zwierzęcy syntetycznie wytworzyć nie jest w stanie, a której wyłączenie sprawia, że zwierzę nie da się utrzymać w równowadze azotowej. Począwszy od r. 1909 zjawiają się krytycy, którzy utrzymują, że zagadnienie sztucznego odżywiania nie jest rozwiązane i że te produkta, których używał Abderhalden, nie wystarczają. Pierwsze wskazówki spotykamy w pracach angielskich badaczy nad gnilcem, beri-beri, krzywicą i nad sprawami wzrostowemi. Beri-beri jest chorobą, powstającą przez to, że pokarm nie zawiera wszystkich składników, potrzebnych dla odżywiania; choroba ta pojawia się u Japończyków i Chińczyków, żywiących się ryżem. Choroba ta u tych narodów nie istniała, dopóki spożywano ryż z łupiną, a pojawiła się dopiero wtedy, kiedy przemysł zaczął fabrykować ryż polerowany, oczyszczony z łupiny. Stało się rzeczą jasną, że przyczyna choroby tkwi w braku pewnych składników, które się znajdują w łupinach. Sprawą tą zajął się dokładniej Polak, Kazimierz Funk. Karmił on gołębie żytem polerowanem. Gołębie te dostawały pewnych objawów chorobowych, choć nie identycznych z objawami beri-beri; objawy chorobowe ustępowały, gdy podawano ryż z łupiną. Funk znalazł w tych łupinach ryżowych pewne zasady azotowe, których brak właśnie wywołuje zmiany chorobowe. Te zasady nazwał Funk witaminami, nazwa, może niezbyt dobrze dobrana, gdyż witaminy nie są jedynemi wyjątkowemi ciałami, niezbędnemi w procesie asymilacyjnym. Takie samo znaczenie ma żelazo, arsen i inne. Okazało się, że witaminy są rozpuszczalne w alkoholu, lecz do jakiej grupy ciał należą, jeszcze ostatniego słowa nie wypowiedziano. Należy zauważyć, że w łupinach ryżowych znajduje się ich niezmiernie mało. Trzeba zrobić bardzo dużą ilość tych łupin, by otrzymać 1 mg witamin. Prawdopodobnie należą one albo do układu purynowego, wchodzącego w skład nukleoproteinów; układ ten przedstawia się tak: albo do układu ciał pirymidynowych





Ustrój zwierzęcy prawdopodobnie nie jest zdolny takich układów syntetyzować. Witaminy należą do ciał chwiejnych, t. j. wrażliwych na działanie ciepłoty. Nieco większa ilość witamin znajduje się w drożdżach. Przeciwko doświadczeniom Funka wystąpił Osborn, który karmił szczury pokarmami, zawierającymi amino-kwasy, tłuszcze i węglowodany i utrzymywał je przy życiu i funkcyach fizjologicznych, chociaż pokarm był uwolniony od witamin. Funk wystąpił z dowodami, że dyeta Osborna nie była dokładnie pozbawiona witamin. Zgadzają się z tem także doświadczenia Hopkinsa, który twierdzi, że Osborn używał masła, którego nie można pozbawić witamin, a nawet najdrobniejsze ich ilości wystarczają, by utrzymać zwierzę w równowadze. Brak dostatecznej ilości witamin nietylko wywołuje objawy chorobowe, lecz wpływa także na wzrost ustroju. Znane są doświadczenia Funka, potwierdzające ten wpływ. Karmił on dwa młode kurczęta, jedno normalnie, a drugie pokarmami, pozbawionymi witamin. To drugie kurczę okazywało po pewnym czasie wyraźny zastój we wzroście. Tym doświadczeniom zdaje się jednak przeczyć fakt, że dzieci angielskie, pomimo, że są karmione mlekiem humanizowanem, rosną doskonale. Jednakże nie należy zapominać, że pobierają one witaminy w sokach owocowych, które matki, niejako instynktownie, podają dzieciom.

W dyskusyi podnosi a) kol. Latkowski, że istnieją obserwacye, iż dzieci, karmione przez matki, pobierające pokarmy o małej ilości witamin, rozwijają się licho. — b) Kol. Browicz podnosi, że witaminy odgrywają rolę nietylko we wzroście tkanek fizjologicznych, lecz i patologicznych, a więc nowotworów. — c) Kol. Weissglass jest zdania, że cukrzyca jest chorobą, spowodowaną przez niedostateczną asymilacyę witamin, i że właśnie podawanie chleba otrębowego, zawierającego dużo witamin, poprawia stan chorego. — d) Kol. Klecki wspomina, że istnieje osobny witamin wzrostowy, który wpływa na wzrost tkanek fizjologicznych i patologicznych. Zwierzęta z zaszczepionym nowotworem, karmione pokarmem, pozbawionym witamin, nie rosły, lecz nie wzrastał też i nowotwór. Witaminy należy sobie wyobrażać jako aktywatory gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

6) Kol. Radliński podaje sposób **wyciągu kończyny przy złamaniach uda** zapomocą bezpośredniego wyciągu kości. Ma to zastosowanie u osób wyniszczonych, u których plaster wyciągowy wywołuje trudno gojące się odleżyny.

Posiedzenie z d. 15. XII. 1914.

Obecnych członków 36. Przewodniczący kol. Kader.

1) Przewodniczący poświęcił kilka słów pamięci zmarłych członków honorowych, a niegdyś prezesów Towarzystwa, prof. Wicherkiewicza i prof. Jakubowskiego, scharakteryzował ich działalność lekarską i społeczną, oraz wyraził żal z powodu ich zgonu. Zebrani uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

2) **Wybór Zarządu Towarzystwa na r. 1916.** Kol. Godlewski imieniem Komisyi przedwyborczej przedstawił kandydatów do Zarządu na rok 1916. Kandydatów tych zebranie jednomyślnie wybrało. (Głosujących członków 27).

Prezesem Towarzystwa został wybrany kol. Piltz (na rok). Wiceprezesem kol. Ciechanowski (na rok). Redaktorem »Przeglądu lekarskiego« ponownie kol. Ciechanowski (na trzy lata). Administratorem »Przeglądu« ponownie kol. Wojciechowski (na trzy lata). Sekretarzem stałym kol. Nitsch (na 2 lata). Sekretarzem dorocznym kol. Borowiecki (na rok). Bibliotekarzem ponownie kol. Blassberg (na 2 lata). (Skarbnik kol. Akerman i gospodarz kol. Seńkowski, wybrani w r. 1913 na 3 lata, urzędują do końca r. 1916).

Do Komisyi kontrolującej ponownie wybrani kol. Piotrowski i kol. Stahr, do Komisyi redakcyjnej ponownie koledzy: Browicz, Krzyształowicz, Rutkowski, Majewski, Blassberg. Przewodniczącym stałej Komisyi słownikowej pozostaje nadal kol. Browicz. Delegatami do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrani ponownie kol. Ciechanowski i Browicz, do Komisyi kontrolnej Tow. lekarzy galicyjskich kol. Schöngut. Delegatami na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrano tych samych kolegów, co w roku 1913.

3) Kol. Rosenhauch przedstawił **przypadki zranienia oczodołu pociskami karabinowymi i szrapnelowymi.** W przypadkach tych pociski uwięzły w oczodole, stąd je następnie drogą operacyjną wydobyto, z zachowaniem dobrej bystrości wzrokowej. W jednym przypadku kula szrapnelowa utkwiła w ciałku szklistem; oko to usunięto.

W dyskusyi zabierał głos kol. Radliński.

4) Kol. Kader przedstawił przypadek **resekcyi krtani,** wykonany w klinice chirurgicznej przed 5 laty **z powodu raka.** Przypadek ciekawy ze względu na trudność zabiegu; niema nawrotu po 5 latach. Operowany pomimo usunięcia wraz z krtanią strun głosowych mówi dość wyraźnie. — Następnie przedstawił kol. Kader przypadek **postrzału głowy:** pocisk, jak wykazuje płyta rentgenowska, tkwi na podstawie czaszki, w okolicy siodła tureckiego.

Posiedzenie z d. 24. VI. 1914.

Przewodniczy kol. Kader, obecnych członków 40.

1) Kol. Ciechanowski przedstawił:

a) Przypadek **rozwoju raka** (cylindrycznokomórkowego) **w obrębie płodziaka** (embryoma) prawego jajnika, w którym równocześnie, jako osobny napozór guz, istnieje duży włókniak. Przerzuty raka, wychodzącego z płodziaka, znajdowały się w wątrobie, prawych gruczołach przyoskrzelowych, prawych gruczołach nadobojczykowych, w tarczycy, a wreszcie w obrębie kostniaka, który w tymże przypadku znajdował się w II żebrze prawem. (S. 509. r. 1914).

b) Okaz **mięsaka** (wielkokomórkowego jamkowatego), który zajmował część **szarego guza i lejka mózgu**, ale przedewszystkiem **pasma wzrokowe, skrzyżowanie nn. wzrokowych i śródczaszkową część nn. wzrokowych,** zachowujących jeszcze swój kształt ogólny, ale w trójnasób zgrubiałych; u wyjścia nerwów z czaszki naciek nowotworowy urywa się nagle, tak, że śródoczodołowy odcinek nerwów wzrokowych wcale nie jest zajęty nowotworem, a nawet ścieńczały i zanikły. Za życia stwierdzono zanik nn. wzrokowych, limfocytozę w płynie dobytym przez nakłucie lędźwiowe, słaby odczyn Pirqueta, objawy płucne podejrzane w kierunku gruźlicy (której przy sekcyi nigdzie jednak nie znaleziono) i przypuszczano zapalenie opon na podstawie mózgu. (S. 909. 1913).

2) Kol. Ciechanowski i Lewkowicz przedstawili przypadek pierwotnego **rozlanego mięsaka opon miękkich,** występującego u chłopca 8-l. w postaci wielkich płaskich nacieków na dolnej powierzchni obu półkul móżdżkowych i obu płatów potylicznych i skroniowych mózgu. Mięsak wrasta gdzieniegdzie niegłęboko w korę mózgową; histologicznie mięsak drobnokomórkowy, miejscami alweolarny (S. 502. 1914). Klinicznie wywoływał ten nowotwór obraz, przypominający surowicze zapalenie opon (meningitis serosa).

3) Kol. Kader przedstawił przypadki, operowane w klinice chirurgicznej.

4) Kol. Rose miał wykład: **O nowych badaniach nad lokalizacyą w korze mózgowej.**

W dyskusyach przemawiali kol. Blassberg, Borowiecki, Ciechanowski, Kader, Lewkowicz, Rogalski, Rose.

Posiedzenie z d. 12. I. 1916

Obecnych członków 30. Przewodniczący kol. Piltz.

1) Przewodniczący poświęcił kilka słów pamięci kol. dr Maryana Sokołowskiego, zmarłego na dur plamisty, podnosząc zalety jego charakteru. Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2) Sprawozdanie Zarządu Towarzystwa za rok 1914 i 1915.

a) Sekretarz stały kol. Damski odczytał następujące sprawozdanie:

»Prawdopodobnie zdarza się po raz pierwszy, że Zarząd składa sprawozdanie za dwa lata razem. Przyczyną tego wojna, która na pewien czas spowodowała pewien zastój w czynnościach Towarzystwa, szczególnie w pierwszych miesiącach po mobilizacyi. Pierwsze jednak półrocze 1914 było zupełnie prawidłowe. Od 14. stycznia aż do 24. czerwca odbywały się regularnie co tydzień naukowe posiedzenia. Było ich 10. Odczytów było 14, a mianowicie z antropologii 1, interny 2, rentgenologii, farmakologii, higieny, bakteryologii, ginekologii, medycyny sądowej, otyatryi po jednym, z okulistyki 2, wreszcie jeden zajmujący aktualnością swoją odczyt o współczesnej pomocy lekarskiej. Demonstracyi w tymże samym okresie było 76 ze wszystkich zakresów medycyny. Dnia 24. czerwca odbyło się ostatnie naukowe posiedzenie przed feryami.

W letniem półroczu odbył Wydział 4 posiedzenia administracyjne, na których rozważano sprawę odnowienia budynku, ewentualnie wybudowanie II. piętra. Ze wzrostem bowiem biblioteki coraz bardziej odczuwa się brak miejsca.

Przez cały czas przedwojenny było Towarzystwo nasze, jak zawsze dotąd, w łączności z pokrewnemi instytucyami, biorąc pośrednio lub wprost udział w ważnych chwilach. I tak wydaliśmy zeszyt »Przeglądu lekarskiego« z 30/V ku uczczeniu 40. rocznicy założenia Towarzystwa lekarskiego lubelskiego i zamianowaliśmy członkami honorowymi naszego Towarzystwa Dr Stanisława Dobruckiego i Aleksandra Jaworowskiego z Lublina. Na obchodzie jubileuszowym w Lublinie był przedstawicielem naszego Towarzystwa Prof. Dr Ciechanowski. Na Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich, który się odbył od 29/V.—3/VI. 1914 r., było Towarzystwo nasze reprezentowane przez prof. Wicherkiewicza i prof. Łepkowskiego. Dnia 21/VI. 1914 odbyło się odsłonięcie pomnika prof. Jordana, a na uroczystości tej przemawiał Rektor Prof. Kostanecki imieniem wszystkich naszych instytucyi lekarskich. W maju gościliśmy u siebie Zjazd balneologów polskich, połączony ze zjazdem turystycznym, biorąc żywy udział w obradach i odczytach. Na Zjeździe higienistów i internistów polskich w lipcu 1914 byliśmy zastąpieni przez prof. Ciechanowskiego i Dr Janiszewskiego. Jubileusz 40-lecia pracy zawodowej Prof. Przemysława Pieniążka uczciliśmy, poświęcając Mu zeszyt »Przeglądu lekarskiego«.

Wszystko to, o czem sprawozdanie wspomina, odbyło się w letnim okresie. W sierpniu wybuchła wojna i z chwilą tą zamarło życie naszego Towarzystwa. Znaczna część członków stanęła na posterunku, jako lekarze wojskowi. Wielu pospieszyło na inne pola pracy społeczno-lekarskiej i w budynku tym zaległa chwilowa cisza i martwota. Nadto i »Przegląd lekarski« przestał w sierpniu wychodzić (ostatni zeszyt z 8/VIII.), a tem samem zerwała się nić, łącząca Towarzystwo z członkami i z pokrewnemi instytucyami.

Nie trwało to jednak długo. Już 9/XII. 1914 uchwalił Wydział Towarzystwa przeprowadzić nowe wybory na r. 1915 i ile możności wznowić posiedzenia naukowe. Sprawę wyborów załatwiono w ten sposób, że pozostawiono w urzędowaniu stary Wydział, uzupełniając go jedynie wyborem prof. Piltza, jako wiceprezesa, po ś. p. Rydlu, zmarłym w maju 1914. I znowu po chwilowym zastoju poczęło się życie w Towarzystwie, rozpoczęły się coraz regularniej posiedzenia naukowe, których w r. 1915 odbyło się 8, urozmaicone licznemi demonstracyami, szczególnie z dziedziny chirurgii wojennej. Posiedzenia były mniej liczne, niż zazwyczaj, bo brak jeszcze wielu kolegów w Krakowie, a uderzały oryginalnym widokiem, gdyż wielu kolegów, od Prezesa począwszy, pełniąc służbę wojskową, na posiedzenia przychodziło w mundurach.

W sprawach ogólnych, odpowiednio do potrzeb obecnej doby, przyłączyło się nasze Towarzystwo do akcyi Wydziału Związków lekarskich austryackich z żądaniem zaprowadzenia przymusowego szczepienia ospy, a w ostatnim czasie zwróciło się za pośrednictwem swego reprezentanta, rektora Browicza, do rządu z uzasadnionem życzeniem, aby dopuszczono lekarzy z głosem decydującym w komisyach rządowych, zajmujących się odbudową części naszego kraju, zniszczonych wojną. Nadmienić jeszcze należy, że tak w roku 1914, jako też i w ubiegłym, nie odbyło się Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, z powodu inwazyi rosyjskiej.

Krótkie to sprawozdanie Zarządu kończymy wspomnieniem o licznych, a bardzo bolesnych stratach, jakie śmierć spowodowała w szeregach członków Towarzystwa. Ubiegłe dwulecie w naszej kronice żałobnej zaznaczyło się wyjątkowo wysoką liczbą, a liczne niestety nazwiska zmarłych łączą się nietylko z historyą naszego Towarzystwa, ale i z historyą medycyny polskiej. Bardzo niedawno żegnaliśmy na zawsze Prof. Bolesława Wicherkiewicza i seniora krakowskich profesorów medycyny, Macieja Jakubowskiego, poprzednio zmarli profesorowie nadzwyczajni Erwin Mięsowicz, Stanisław Ponikło, Karol Żuławski, dalej docent Stanisław Droba, Adam Rydel, Stanisław Szurek, obaj znani specyaliści i cenieni przez kolegów, Alfred Bergrün i Roman Sopiński, obaj emerytowani lekarze powiatowi i dr Schudmak. Z liczby naszych członków honorowych ubyli Dr Dobrzycki z Warszawy, Dr Wojnicz z Wilna i nestor chirurgów polskich, prof. Julian Kosiński z Warszawy. — Cześć ich pamięci!

Członków zwyczajnych liczy obecnie Towarzystwo 222, a honorowych 34. — Ze sprawozdania, które mam zaszczyt kolegom przedłożyć, raczycie koledzy wywnioskować, że mimo

straszliwej światowej wojny, która szczególnie na ziemi polskiej szaleje, Towarzystwo nasze ostało się, że spełniało, choć chwilowo w mniejszym zakresie, swoje zadania i obowiązki, a mamy nadzieję, że w niedalekiej przyszłości rozszerzy działalność swoją na większy obszar ziem polskich, przodując i do pracy zachęcając«. (Oklaski).

b) Skarbnik kol. Akerman przedstawił sprawozdanie kasowe.

c) Bibliotekarz kol. Blassberg odczytał następujące sprawozdanie ze stanu biblioteki Towarzystwa:

Do inwentarza i katalogu bibliotecznego wciągnięto w ciągu r. 1914 i 1915 13 dzieł i 18 wydawnictw peryodycznych i czasopism, tak, że dnia 31 grudnia 1915 było w bibliotece uporządkowanych i skatalogowanych razem 10.900 dzieł i broszur oraz 636 wydawnictw peryodycznych. Inwentaryzacyi wpływów z powodu wojny nie ukończono. Płatny pomocnik bibliotekarza rozpoczyna na nowo czynność od stycznia 1916.

W ciągu tych 2 lat korzystało z biblioteki 53 członków. Z biblioteki wypożyczono książek lub pism 203, zwrócono 154, zostaje zaległych 41. Nadto z ubiegłych lat nie wpłynęło dotąd 87 książek lub czasopism.

Dary: Szczególniejszą opieką otaczał bibliotekę, jak za innych lat, tak i w latach 1914 i 1915 Prof. Dr Ciechanowski, który ofiarował bibliotece liczne dzieła i czasopisma. Oprócz tego otrzymała biblioteka w roku 1914 znaczniejsze dary od ś. p. Radcy Dworu Prof. Dra Wicherkiewicza i od Prof. Dra Bossowskiego z Krakowa, od Dr Serkowskiego i Hermana z Warszawy oraz bibliotekę, złożoną ze 120 tomów, pozostawioną testamentem przez ś. p. Dr Kalisza z Tarnowa. W roku 1915 otrzymała biblioteka od pani Berggrünowej, wdowie po ś. p. fizyku z Chrzanowa, 50 tomów, od Dr Mieczysława Kramarzyńskiego 20 tomów i od ś. p. Dr Reifera 50 tomów.

d) Podskarbi komisyi redakcyjnej kol. Wojciechowski przedstawił sprawozdanie z administracyi »Przeglądu lekarskiego«.

e) Następnie zabrał głos redaktor »Przeglądu lekarskiego« kol. Ciechanowski:

Wbrew zwyczajowi, że redaktor nie składa osobnego sprawozdania, bo starczy za nie każdoroczny tom »Przeglądu lekarskiego«, zabiera kol. C. głos dlatego, że minęło właśnie dziesięć lat od czasu, gdy Towarzystwo lekarskie krakowskie powierzyło kol. C. redakcyę, a kol. Wojciechowskiemu administracyę swego organu. Dziesięciolecie jest w życiu czasopisma okresem stosunkowo tak długim, że należy z niego ogólnie zdać sprawę. Z gospodarki administracyjnej zdał właśnie sprawę kol. Wojciechowski; na zasadzie tego sprawozdania można ją bez przesady nazwać doskonałą. — Kol. C., obejmując przed 10 laty redakcyę, nakreślił sobie wtedy program na zasadzie doświadczeń, zebranych przez dawniejsze dziesięcioletnie współpracownictwo w »Przeglądzie«, oraz przez kilkoletnią pracę w komisyi redakcyjnej, przez doroczne zastępstwo za redaktora i przez półtoraroczne kierowanie administracyą; z programem tym jednakże z góry nie występował, nie wiedząc, czy się go spełnić powiedzie. Program ten streszczał się w dążeniu do zbliżenia i jednoczenia ruchu naukowo-lekarskiego i zawodowego całej Polski. Należało więc dążyć do odzwierciedlenia w »Przeglądzie« działalności wszystkich Towarzystw naukowych polskich, do skupienia około »Przeglądu« autorów ze wszystkich dzielnic, aby ułatwić wzajemne poznanie swojej działalności, by przeciwdziałać rozbieżnym wpływom i przygotowywać przez to teren dla rozwoju samodzielnej myśli naukowej polskiej. Szło również o stałe zbliżenie się najszerszych kół lekarskich polskich (w czasie zjazdów jest ono tylko przelotne), o obudzenie wzajemnego zainteresowania się tak sprawami zawodowemi, jak i działalnością społeczną lekarzy-Polaków. Poza tą główną wytyczną pozostawały zadania, o które musi dbać każdy tygodnik lekarski, w jakimbądź wydawany języku, jeżeli chce nadążyć za wymaganiami współczesnej doby; o tych więc punktach program kol. C. nie będzie mówić.

Naczelny cel i drogi, do niego wiodące, były rozwinięciem tego, co rozpoczęło dziesięciolecie poprzednie pod kierunkiem czcigodnego kol. Kwaśnickiego, nawiązując do tradycyi założycieli i pierwszych redaktorów »Przeglądu lekarskiego«. Chociaż celu tego jeszcze nie osiągnięto, to jednak, jak sądzi kol. C., do niego się zbliżono: »Przegląd lekarski« został organem wielu Towarzystw lekarskich polskich, a z innych stale pomieszczał sprawozdania; zamierzone skupienie sił zaznaczyło się połączeniem z łódzkiem »Czasopismem lekarskiem« i nawiązaniem ścisłych stosunków z lwowskim »Tygodnikiem«, oraz poznańskiemi »Nowinami«, a sprawę skupiania sił poparło połączenie się dwu pism lekarskich w Warszawie (»Medycyny« z »Kroniką lekarską«); współdziałano w tworzeniu czasopism o charakterze »archiwów« lekarskich (Przegląd pedyatryczny, Gruźlica, Rocznik lekarski), pomieszczających większe prace ze specyalnych zakresów. Podjęcie przez »Przegląd lekarski« spraw zawodowych i społeczno-higienicznych doprowadziło do tak żywego ruchu piśmienniczego, że w końcu dział ten nie mógł się pomieścić w ramach »Przeglądu«, odstąpiono go więc »Słowu lekarskiemu«, założonemu w tym celu przez »Związek lekarzy«. Powiodło się też zebrać w »Przeglądzie« obraz dość pełny przejawów działalności lekarzy w całej Polsce. Najważniejszym jednak jest, jak się zdaje, fakt, że ogłaszane w »Przeglądzie« badania oryginalne napływały coraz liczniej ze wszystkich bez wyjątku części Polski. W gronie współpracowników spotykali się ze sobą lekarze Polacy tak ze wszystkich ognisk naszego ruchu naukowego, jak i ze wszystkich dzielnic prowincyonalnych i z obczyzny, a »Przegląd«, stawszy się najpoczytniejszem pismem lekarskiem polskiem, docierał wszędzie, gdzie dociera polska mowa.

Po dziesięciu latach miałaby może obecna redakcya i administracya prawo dalszy ciąg pracy oddać w inne ręce i takby się może w zwykłych warunkach było stało; ale w okresie wojny, gdy »Przegląd« przechodzi trudne przesilenie, odejść się zapewne nie godzi. Nadzieję, że »Przegląd« przetrwa i to przesilenie, czerpie mowca w poparciu komisyi redakcyjnej, złączonej wieloletnią pracą w wypróbowane grono, któremu dziękuje w pierwszym rzędzie za koleżeńską pomoc, — oraz w nader gorącem poparciu moralnem i materyalnem licznego grona kolegów, którzy umożliwili wznowienie wydawnictwa, a których ofiarę uważa »Przegląd« niejako za dług, gdy okoliczności pozwolą, przeznaczony na zwrócenie potrzebującym, — wdowom i sierotom. Nie stawiając zresztą programu na przyszłość, której przewidzieć dziś nikt nie może, kończy kol. C. tylko życzeniem, by »Przegląd lekarski« mógł jaknajrychlej spełniać swą służbę wobec lekarzy i zjednoczonej nauki lekarskiej całej, a zjednoczonej Polski. (Oklaski).

W dyskusyi zabierali głos kol. Kwaśnicki, Wojciechowski i Ciechanowski.

3) Kol. Piotrowski imieniem Komisyi kontrolującej wniósł absolutoryum i podziękowanie ustępującemu Zarządowi za jego pracę. Wniosek przyjęto oklaskami.

4) Kol. Rosner poruszył myśl dążenia do złączenia »Przeglądu lekarskiego« i »Tygodnika lekarskiego lwowskiego«. W sprawie tego wniosku przemawiali w dyskusyi kol. Gliński, kol. Ciechanowski, kol. Wojciechowski i kol. Piltz. Wniosek uchwalono przekazać Zarządowi Towarzystwa.

5) Ponieważ kol. Piltz złożył z powodu licznych zajęć zawodowych mandat delegata Towarzystwa lekarskiego do Komitetu obywatelskiego odbudowy wsi i miast, przeto na miejsce jego wybrano kol. Ciechanowskiego.

6) Kol. Henryk Wilczyński (Zakopane) przedstawił niezwykły przypadek ogólnego **stwardnienia skóry,** tkanki podskórnej i mięśni, w którym dotychczas rozpoznanie nie zostało jeszcze ustalone i wahało się pomiędzy tężcem, sklerodermią a włośnicą.

W dyskusyi zabierał głos kol. Reiss, uważając przypadek demonstrowany za niezwykłą postać sklerodermii (sclerodermia acuta oedematosa — Besnier).

7) Kol. Rogalski przedstawił przypadek **tężyczki.**

Sekretarz doroczny: Dr Borowiecki.

Posiedzenie z d. 26. I. 1916.

Obecnych członków 17.

1) Przewodniczący kol. Piltz poświęcił kilka słów wspomnienia kol. Dr Eugeniuszowi Borzęckiemu, b. prezesowi Towarzystwa lekarskiego, zmarłemu na dur plamisty, charakteryzując jego indywidualność i podnosząc jego zasługi. Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2) Kol. Hładij przedstawił 2 przypadki **nephritis dolorosa,** leczone uwolnieniem nerek ze zrostów oraz ich obłuszczeniem (decapsulatio), podnosząc dobre wyniki, tą drogą otrzymane. Nadto przedstawił przypadek **tętniaka urazowego** tętnicy pachowej i drugi tętnicy podobojczykowej, **leczone** operacyjnie **szwem naczyniowym.** W pierwszym przypadku oprócz dodatniego wyniku chirurgicznego znaczne polepszenie porażenia splotu barkowego.

W dyskusyi zabierał głos: a) kol. Braun, przypominając leczenie rzucawki zapomocą obłuszczenia nerek; b) kol. Rosner, kwestyonując racyonalność tego zabiegu wobec rzucawki; c) kol. Radliński, ograniczając wskazanie do wykonania szwu naczyniowego, widząc je jedynie tam tylko, gdzie obwodowy od-

cinek naczynia po otwarciu tętniaka nie krwawi; d) kol. Bogdanik, kol. Rosenhauch, kol. Hładij, odpowiadali poprzednim mówcom.

3) Kol. Radliński: **O postępowaniu przy postrzałach stycznych czaszki.**

W dyskusyi kol. Hładij omawiał swoje doświadczenia z zakresu uszkodzeń czaszki, zebrane podczas swej działalności lekarskiej w pobliżu frontu. Sekretarz: Dr Borowiecki.

Posiedzenie z d. 9. II. 1916

Obecnych członków 18.

1) Przewodniczący kol. Ciechanowski odczytał list prezydenta Najwyższej Rady zdrowia prof. Weichselbauma, uznający wielką doniosłość memoryału Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego w sprawie zwalczania cborób zakaźnych, oraz donoszący, że przekaże ten memoryał Komitetowi Rady do zwalczania chorób zakaźnych.

2) Następnie wybrano na miejsce ś. p. kol. Borzęckiego, jako delegata Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego do Komitetu obywatelskiego odbudowy wsi i miast, kol. Nitscha.

3) Dalej odczytano list adwokata Dr Reifera, donoszący o zapisie bł. p. Dr Adolfa Reifera, byłego lekarza miejskiego i sądowego w Tarnobrzegu, w sumie 1000 koron na rzecz wdów i sierot po lekarzach.

4) Kol. Piltz przedstawił: a) przypadek **depresyi peryodycznej** (psychosis maniacalis-depressiva. — chory E. H., lat 29), charakteryzujący się następującymi objawami: głębokiem przygnębieniem, zwolnieniem biegu myśli, egocentryzmem, obniżeniem samopoczucia, urojeniami grzeszności i samooskarżenia, lękiem, a z drugiej strony brakiem apetytu, zaparciem, bezsennością i wychudzeniem. Wywiady wykazują, że ciotka (siostra matki) chorego w 16. r. ż. cierpiała na depresyę, chory w 18. r. ż. po raz pierwszy przebył okres depresyi, a w 25. r. ż. po raz drugi; obecna choroba jest już zatem trzecim nawrotem. Przy sposobności tego przypadku zwraca kol. Piltz uwagę na to, iż na podstawie spostrzeżeń odnośnych przypadków doszedł do następujących wniosków: 1) że dziedziczność w przypadkach peryodycznej depresyi jest homologiczna, 2) że poszczególne fazy depresyi najczęściej występują i ustępują nagle i niezależnie od jakichkolwiekbądź wpływów zewnętrznych i 3) że pierwszy napad depresyi występuje przez kilka generacyi u różnych członków rodziny najczęściej w tym samym wieku.

b) Przypadek **obłędu pierwotnego** (paranoia) u kupca M. D., lat 44., który przebył kiłę w 20. r. ż., a od 32. r. ż. przejawia w sposób zupełnie wyraźny chorobę umysłową, znamionującą się systemem urojeń, według których chory jest źródłem zakażenia kiłą, obejmującego coraz to szersze kręgi i zagrażającego nawet armii i wynikom wojny. W sprawie tej wnosił chory w październiku r. 1915 podanie do Najwyższej Rady zdrowia, z prośbą o poczynienie odpowiednich zarządzeń.

c) Przypadek **otępienia paranoidalnego** (dementia paranoides) z urojeniami i omamami, którego sylwetka zewnętrzna stanowi barwny dorobek całego szeregu lat, pełnego urojeń i dziwactw.

W dyskusyi nad pierwszą demonstracyą przemawiali kol. Klecki, Blassberg, Ciechanowski, Rogalski. W dyskusyi nad demonstracyą drugą zabierali głos: kol. Rogalski, Ciechanowski, Majewski. — Kol. Piltz odpowiadał wymienionym mówcom.

Sekretarz. Dr Borowiecki.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXVII. Posiedzenie naukowe z d. 17 grudnia 1915 r.

Przewodniczący kol. Kučera, protokołuje kol. Szczepański. Obecnych 31 kolegów.

Porządek dzienny:

I. Kol. Franke przedstawia następujące przypadki z oddziału chorób wewnętrznych szpitala garnizonowego Nr 14 we Lwowie: 1) Chory, który zachorował przed 14 dniami i leżał początkowo w szpitalu polowym, gdzie przypuszczano dur. Chorego przewieziono do szpitala garnizonowego do Lwowa. Stwierdzono tu u chorego krwawienie z dziąseł, z kiszki; od dwóch dni liczne wybroczynki w skórze. Gruczoły na szyi i pod pachami silnie powiększone, ale i wszystkie inne powiększone. Szmery anemiczne w sercu. Śledziona powiększona, niebolesna. Mocz zawiera sporą ilość ciałek czerwonych. Badanie krwi wykazało: ciałek czerwon. 2,000.850, ciałek białych 4.700; hemoglobiny (Sahli) 40—45%, neutrofilów 44%, tucznych 0·4%, limfocytów małych i dużych 48%, jednojądrzastych i przejściowych razem 55·6%. A zatem stan krwi: niedokrwistość, leukopenia z przeważną ilością limfocytów. Mowca przypuszcza, że u chorego rozwinie się **ostra białaczka** (leucaemia acuta).

Dyskusya: a) Kol. Schramm słyszał od kolegów lekarzy wojskowych, że często zdarzają się skazy krwotoczne w okopach u żołnierzy, a Weiser z Wiednia wspomina o krwotocznem zapaleniu dziąseł. — b) Kol. A. Gluziński zapytuje, jak długo trwał stan gorączkowy przed wystąpieniem krwawień. — c) Kol. Franke: 11 dni. — d) Kol. A. Gluziński niedawno widział chorą, gorączkującą, z ciężkiem stanem anemicznym (1,000.700 ciałek czerwonych) z krwawieniami z dziąseł i z krwotokiem z kiszki. Zbadano krew próbą Widala; wynik próby był dodatni. Był to dur brzuszny z krwotokami. Czy i w tym przypadku nie mamy do czynienia z durem? — e) Kol. Franke, spostrzegał tylko raz u żołnierza krwawienia z dziąseł, owrzodzenia jamy ustnej, rozpoznał wtedy gnilec (scorbutus), a obraz krwi był zupełnie inny, aniżeli w przypadku, który dzisiaj przedstawia. Odpowiednia dyeta jarzynowa, cytryny i t. p. stan ten w dwóch tygodniach poprawiły. Co do myśli kol. Gluzińskiego wykona odczyn Widala, chociaż przeciw durowi przemawia powiększenie gruczołów, coby raczej wskazywało na zmiany w układzie krwionośnym.

2) Następnie przedstawia kol. Franke chorego, który został zraniony kulą karabinową 25. czerwca 1916 w okolicę międzyłopatkową. Gorączkował wtedy 6 tygodni, poczem wyzdrowiał; ranki dla wylotu kuli nie znaleziono. Z końcem października zaczął niedomagać; wystąpiły bóle w okolicy piersiowej; ciepłota podniosła się do 40%, tętno 140. Równocześnie wystąpiły objawy fizyczne ze strony płuc. W okolicy międzyłopatkowej, osobliwie po stronie lewej, przytłumienie; szmer oddechowy z głębi oskrzelowy. Plwocina ropna, cuchnąca. Zresztą w innych narządach niema żadnych zmian. Mowca rozpoznał ropień płuca. Badanie rentgenowskie wykazało, że kula znajduje się poniżej brodawki sutkowej lewej gdzieś tuż ponad sercem. Stan ten trwał trzy tygodnie, potem wystąpiły nagle bóle w okolicy odbytu. Utworzył się ropień; ropa odchodziła cuchnąca; stan septyczny. Ropień w dole począł się goić, a także plwocina zwolna przestawała być obfitą i cuchnącą; chory przestał gorączkować. Obecnie już od 6 tygodni czuje się zupełnie zdrowym. Kula obecnie znajduje się u przyczepu mięśnia prostego brzucha. (Przedstawienie rentgenogramów). Ciekawa jest **wędrówka kuli** ku **powierzchni ciała.** 3) Dalej przedstawia kol. Franke chorego, który gorączkował 2 tygodnie z torem gorączki przerywanym. Podawano chininę po kilka gramów dziennie. Ciepłota spadła, lecz po tygodniu znów nawrót, później jeszcze dwa nawroty. Badanie krwi wykazało **pasorzyty zimnicze**, a mianowicie półksiężyce zimnicy podzwrotnikowej. (Demonstracya preparatów mikroskopowych).

II. Kol. Nelken: Demonstracye przypadków z oddziału neurologicznego szpitala garnizonowego Nr 14 we Lwowie. 1) **Zbiór objawów Claude-Bernarda-Harnera.** H. M., lat 21., ma zmiany w innerwacyi lewej połowy twarzy: zwężenie szpary ocznej i źrenicy, wgłębienie gałki ocznej (enophthalmus), zaczerwienienie lewej połowy twarzy i jej spłaszczenie, zwłaszcza w okolicy skroni i ust. Wreszcie lewa połowa twarzy nie poci się, wówczas kiedy pot występuje wyraźnie po stronie prawej (anidrosis). Rozpoznanie: porażenie lewego n. współczulnego szyjnego. Chory przybył do szpitala 24. września z zapaleniem gardła, do którego przyłączyło się lewostronne zapalenie gruczołu tarczowego, które jednakże po tygodniu ustąpiło. Możnaby zatem przypuszczać, że nerw współczulny wciągnięty został w sprawę zapalną. Chory jednak twierdzi napewno, że już przed 3. laty zauważono u niego w domu, że się jednostronnie poci. Badanie w kierunku sprawy rdzeniowej, specyalnie w kierunku jamistości rdzenia wypadło ujemnie. Należy jednak podkreślić, że chory od szeregu tygodni skarży się na napadowo występujące bóle w lewej skroni i lewej połowie głowy. Sprawę zatem etyologii przedstawionego zbioru objawów może rozstrzygnąć jedynie dalsza obserwacya. Chory wogóle jest skłonny do obrzmiewania gruczołów limfatycznych i stanów gorączkowych. — 2) **Akromegalia, powikłana przez boczne stwardnienie rdzenia** (sclerosis lateralis amyotrophica). U B. R., l. 39., dają się zauważyć zmiany w budowie głowy i obydwu rąk. Obwód głowy 59 cm., guz potyliczny silnie wystaje, nos haczykowaty, dolna szczęka prognatyczna. Język szeroki, zwłaszcza na brzegach zgrubiały. Wysadzenie oczu po stronie prawej wyraźniejsze, niż po lewej. Ręce w porównaniu do przedramion powiększone i zgrubiałe, palce kiełbaskowate, paznokcie szerokie, krótkie z podłużnemi bruzdami. Garb górnej części grzbietowej kręgosłupa, miejscowe zgrubienia innych kości: obojczyków, żeber, grzebieni łopatek. Badanie rentgenologiczne wykazuje daleko

idące zniszczenie siodła tureckiego, zwłaszcza jego części tylnej, rozdęcie zatoki czołowej i klinowej, wypuklenie guza potylicznego (protub. occip. externa). Na kościach palców znajdują się małe pagórkowate zgrubienia; poza tem parestezye w okolicy lędźwiowej i kończynach, zwiększone łaknienie i pragnienie, polyuria, (mocz bez cukru). Ogólnych objawów zwiększenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, jakoteż niedowidzenia połowiczego (hemianopsia bitemporalis) niema. Objawy psychiczne, swoiste wszystkim psychozom organicznym: zaburzenia postrzegania, uwagi i pamięci, zmienność afektów ze skłonnością do depresyi i płaczliwości. Na zasadzie wyżej wspominanych objawów, zwłaszcza zaś badania rentgenologicznego rozpoznano akromegalię. Poza tem znajdują się u chorego wyraźne zaniki małych mięśni obydwu rąk, typu rdzeniowego, wywołujące obustronną rękę szponowatą i wzmożenie odruchów na kończynach górnych i dolnych, jednakże bez trwałych klonusów i bez objawu Babińskiego. Brak jakichkolwiek zaburzeń czucia przemawia przeciw jamistości rdzenia a za bocznem stwardnieniem (sclerosis lateralis amyotrophica). (Streszczenie własne).

Dyskusya: a) Kol. Barącz zwraca uwagę, że u pierwszego przedstawionego chorego niema zwężenia źrenicy, jak to zwykle bywa w schorzeniach nerwu współczulnego. Mowca wykonał kilka razy wycięcie nerwu współczulnego przy padaczce. Następstwem zabiegu było opadnięcie powieki i zwężenie źrenicy, co się wkrótce wyrównywało, tak, że mowca nie widział szkodliwych następstw po zabiegu. — b) Kol. Orzechowski widział chorą, u której wykonano wycięcie obustronne nerwu współczulnego. Następstw ujemnych po zabiegu nie było.

III. Dyskusya nad wykładem kol. Hermana: **O ranach postrzałowych czaszki:**

a) Kol. Barącz jako kierownik oddziału chirurgicznego szpitala garnizonowego, spostrzegał od 3/8 1914—18/1 1915 37 przypadków, od 27/6—10/7 1915 zaś aż 56 przypadków, razem 93 przypadków ran postrzałowych czaszki. Drugi okres działalności kolegi B. był za krótki, ażeby można było dojść do pewnych wniosków. Na 37 przypadków I. okresu w jednym przypadku chodziło o załamanie blaszki wewnętrznej przy nienaruszonej zewnętrznej wskutek odbicia kuli (Prellschuss), w 16 przypadkach o rany rynienkowe, w 16 przypadkach o postrzały cięciwowe (Tangentialschuss), w 7 przypadkach o przestrzał na wylot (Durchschuss, Diametralschuss), a w 2 tylko o postrzały ślepe (Steckschuss). W II. krótkim okresie na 56 przypadków chodziło w 24 o postrzały rynienkowe (Streif-Rinnenschuss), w 12 o cięciwowe, w 16 o przestrzał, w 4 o postrzały ślepe.

W przypadku odbicia kuli z załamaniem blaszki wewnętrznej powinno się z zasady zachowywać wyczekująco, licząc na to, że mózg po pewnym czasie dostosowuje się do ucisku. Jednak przy wystąpieniu wybitnych objawów uciskowych należy operować i usunąć przyczynę ucisku: krwiak nadoponowy (haematoma epidurale) lub podoponowy (haematoma subdurale). Tak postąpił kol. B. w jednym przypadku.

W przypadkach postrzałów powierzchownych i głębokich rynienkowych, jak i cięciwowych, należy jak najspiesznej przystąpić do zabiegu (Primäroperation), ponieważ wiemy z góry z doświadczeń chirurgów z ostatnich wojen, że postrzały takie są zawsze zakażone. W razie postrzałów rynienkowych ranę kostną należy obrównać (debridement, Blosslegung), najlepiej kleszczami tnącemi, unikając dłutowania, należy wydobyć ostrożnie odłamki kostne, należy usunąć krwiaki nadoponowe i podoponowe. Przy postrzałach cięciwowych (takich, gdzie wlot i wylot postrzału są od siebie oddalone nieraz 7—13 cm, gdzie obie te rany dadzą się i w kości wykazać, gdzie skóra pomiędzy obu ranami jest utrzymana, natomiast gdzie pomiędzy raną kostną wlotu i wylotu postrzału kość jest w większym lub mniejszym stopniu załamana), należy po przecięciu mostu skórnego wyjąć oddzielone drzazgi i kawałki zgruchotanej czaszki, usunąć ciała obce, usunąć osobliwie odłamki blaszki wewnętrznej, usunąć miazgę mózgową, a ewentualnie usunąć krwiaki nadoponowe lub podoponowe. Odłamki, trzymające się całości, należy o ile możności pozostawić. Kol. B. zmuszony był wykonywać przy takich postrzałach wtórną operacyę, gdyż chorych przywożono po upływie kilku dni, a nawet tygodni od czasu postrzału. W 2 przypadkach robaki wypadały z takich ran postrzałowych czaszki; oba zakończyły się zejściem śmiertelnem.

W przypadkach postrzałów na wylot, czy to powierzchownych (Segmentalschüsse), czy to głębokich (Diametralschüsse), należy zachować się konserwatywnie i ograniczać się do oczyszczenia tych ran, chyba że rany są zadane szrapnelem. Wtedy należy wlot postrzału rozszerzyć i wydobyć odszczepy kości i ciała obce, ażeby zapobiedz ropniom. Także przy postrzałach ślepych należy zachować się wyczekująco. Do pomocy należy tu użyć promieni Röntgena. Przy powierzchownie tkwiących pociskach szrapnela należy natomiast przystępować do operacyi. Pociski tkwiące należy pozostawiać, tylko jeżeli wywołują objawy zapalne i podrażnienia i jeżeli dają się dobrze zlokalizować promieniami Röntgena, należy je usuwać.

W wielu przypadkach przystępowano do operacyi wskutek powikłań, najczęściej ropni. Przyczyną powstawania ropni są ciała obce, kawałki szrapnela, a najczęściej odłamki kości, wskutek żywej siły pocisku i działania eksplozywnego wbite głęboko w istotę mózgową. Odłamki kostne są zawsze zakażone, tylko w chwili przejścia pocisku jadowitość ich bywa mniejsza, następnie zaś z nieznanych przyczyn wzmaga się i wywołuje ropnie. Do próbnych nakłuć mózgu lepiej jest posługiwać się nożem, niż strzykawką, gdyż przy użyciu strzykawki można zakazić zdrowe części mózgu. Ropnie należy szeroko otwierać i długo sączkować, ponieważ łatwo mogą powstać nowe ropnie. Pasma gazy jodoformowej, zmaczane w balsamie peruwiańskim, oddawały kol. B. dobre usługi przy ropniach mózgowych. Odłamki kostne z głębi mózgu należy usuwać bardzo ostrożnie, by nie nadwerężyć komory mózgowej ze smutnemi następstwami. Przetoki komór mózgowych bocznych powstają przy znacznych wypadnięciach mózgu, lub wobec ropni, i nie zawsze kończą się śmiertelnie.

Śmiertelność w przypadkach kol. B. wynosiła 35·1%. Na 37 przypadków zmarło 13 chorych. Najczęstszemi przyczynami zejścia śmiertelnego były ropne zapalenia opon lub mózgu (enkephalitis) z wypadnięciem mózgu. Największą śmiertelność dają przestrzały; mniejszą zauważono przy postrzałach ślepych, a najmniejszą przy wszystkich postrzałach cięciwowych.

Kol. B. omówił pokrótce kilka ciekawych przypadków i pokazał ciekawsze rentgenogramy. Promienie Röntgena oddają znakomite usługi przy ranach postrzałowych czaszki przez możność określenia siedziby pocisków i ich odłamków. Odłamki kostne niezawsze dają się w głębi mózgu wykazać. Dalej omawia kol. B. braki instrumentaryum w szpitalach, osobliwie, brak kleszczy kostnych. Następnie omawia materyał opatrunkowy. Bardzo dobre usługi oddawał mowcy balsam peruwiański, osobliwie przy ropniach, przy wypadnięciach mózgu. Przy braku balsamu opatrywano wypadnięcia gazą wilgotną, napojoną kwasem borowym, fizyologicznym rozczynem soli lub wodą utlenioną. Do przemywania ran mózgu najlepiej nadaje się woda utleniona lub fizyologiczny rozczyn soli kuchennej. Ropnie najczęściej drenowano pasmami gazy jodoformowej, napojonemi balsamem peruwiańskim.

Chorzy z ranami postrzałowemi czaszki powinni być oddzielani i wymagają rutynowanego wzmocnionego personalu lekarskiego.

Co się tyczy wyników ostatecznych, to rokowanie jest przeważnie złe. Tylko w minimalnej liczbie przypadków następuje zupełna restitutio ad integrum. Zawsze pozostają w mniejszym lub wyższym stopniu pewne braki czynnościowe, najczęściej niedowłady pewnych grup mięśniowych. Przy zranieniu psycho-optycznego ośrodka korowego podziwiać należy szybkie odzyskiwanie wzroku, przy zranieniach ośrodków korowych mowy szybkie odzyskiwanie mowy, ustępowanie aleksyi, agrafii i t. d. Dla neuropatologa przedstawiają te przypadki szerokie pole do badań naukowych. (Autoreferat).

b) Kol. Schramm miał 75 rannych w czaszkę. Zranienia czaszki dzieli na 1) zranienia kości rynienkowate, 2) przestrzały 3) i pociski uwięzłe. Najwięcej miał zranień rynienkowatych. Chirurgia wojenna nie powinna różnić się od chirurgii w czasie pokoju. Jeżeli mowca dostaje rannego w dwie godziny po zranieniu, to ranę otwiera, oczyszcza i nakłada opatrunek. Podczas wojny jednak dostawał żołnierzy rannych w czaszkę najwcześniej w dwa do trzech dni po zranieniu, a czasem i w osiem dni. Takie rany są stale zakażone. Mowca otwiera je szeroko, odłamki wyjmuje, brzegi oczyszcza nalewką jodową. Śmiertelność miał 40%. Ropnie mózgu uważa za schorzenie bardzo ciężkie, a wyniki operacyjne są nieszczególne. Restitutio ad integrum po operacyi prawie nie widział. Rokowanie co do życia, a osobliwie co do czynności, bardzo złe.

c) Kol. Leńko. Na 2694 żołnierzy, przyjętych od 27. VIII. 1914 do końca listopada 1915 w pawilonie IX. Gal. rez. szpitala Czerw. Krzyża było 108 z obrażeniami części mózgowej czaszki. Jeżeli się odliczy uszkodzonych: 1 ze stłuczeniem mózgu (contusio cerebri), 17 z obrażeniem mózgu bez rany zewnętrznej, 28 z ranami tłuczonemi, ciętemi, postrzałowemi, kłutemi skóry i kości czaszki i 1 ze złamaniem podstawy czaszki, to pozostaje 74 z właściwemi ranami postrzałowemi miąższu mózgowego. — Z tej liczby 10 przeniesiono po 4—37 dniach do innych pawi-

lonów; 4 przyszło z innego szpitala już po operacyi na mózgu wskutek rany postrzałowej i opuścili pawilon IX po 12—27 dniach. Z przypadków z raną postrzałową mózgu i kości skalistej równocześnie: 1 ranny umarł po 3 dniach, drugi mógł być ewakuowany po 5 dniach pobytu. Zaledwie 10 na 27, t. j. 13%, może być nazwanych wyleczonymi, przyczem pobyt wahał się od 8 do 74 dni. Trzech przebyło w uśpieniu usunięcie odłamków, przyczem jamę sączkowano i leczono przez gojenie następowe (per secundam intentionem). U 7 wystarczyło leczenie zachowawcze; u jednego pozostał pocisk u podstawy czaszki, wpadłszy prostopadle przez sklepienie, u drugiego rów, wybity przez kulę, pokrył się ziarniną i wypełnił się zupełnie; u pozostałych 5 rany pogoiły się i chorzy nie okazywali objawów chorobowych.

Na zmarłych przypada 48, t. j. prawie 65%. 5 zmarło już po kilku godzinach po przywiezieniu (1 oper.); 15 w ciągu pierwszej doby (4 było operowanych); 4 w ciągu 58 godzin (2 było operowanych); 4 pozostało przy życiu 3 dni (1 był operowany); 3 żyło 8 do 10 dni; 6 zmarło w ciągu 11—16 dni (w tem było 4 operowanych); 9 żyło 20—28 dni (4 było operowanych); 2 żyli prawie po 2 miesiące, bo 55 i 63 dni. Jeden operowany w 2 tygodnie po zranieniu, u drugiego musiano otwierać ropnie kilkakrotnie: raz zatoki czołowej i za nią ropnia, drugi raz ropnia pod czepcem ścięgnistym (galea aponeurotica) na przeciwnym biegunie od wlotu postrzału, trzeci raz 16 dni przed skonem około ciała obcego wewnątrz mózgu. — Operacyi dokonano tedy w mniej, niż 1/3 przypadków.

Wnioski:

1) Zestawienie z 13% wyleczonych odnosi się do uszkodzenia ośrodkowego narządu nerwowego z mniej lub więcej rozległem złamaniem (Lochfraktur) i ubytkiem w kości.

2) Trudno przyjąć łagodniejsze działanie kuli dzisiejszej broni palnej. Siła uderzenia jest nadzwyczaj wielka, rozległość złamania czaszki przy działaniu kuli jakby wbijania klina w kość, zależna jest od odległości strzału, często sięga do podstawy czaszki od sklepienia, które podobne jest do mozajki płytek z odłamków, luźnie obok siebie leżących. Pod nią znajduje się miazga mózgowa na wielkiej niekiedy przestrzeni. Wczesny zabieg polega na usunięciu tych odłamków, któreby przeszkadzały gojeniu lub powodowały długotrwałe ropienie.

3) Zabieg operacyjny powinien być wykonany z największą oględnością, by do wstrząsu zranienia i transportu nie dodawać zbyt wielkiego urazu operacyi. Niekiedy tyleby trzeba usunąć odłamków, że ogołociłoby się jedną połowę mózgu z osłony kostnej. Powinno się usuwać tylko takie, o których przyjąć należy, że nie wgoiłyby się jako zupełnie luźne, a unicestwiły zagojenie doraźne rany.

4) Kraniektomię wykonuje mowca zaraz po przybyciu rannego do szpitala, t. j. robi tak samo, jak do zabiegu przystępuje natychmiast, gdy przywiozą w czasie pokojowym uszkodzonego z powikłanem złamaniem goleni. W obu przypadkach często operacya nie ratuje życia, gdy z rany posocznica opanowała cały ustrój.

5) Rany mózgowe, które mowca otrzymywał do leczenia, były prawie z reguły ropiejące, a opatrywanie ich nie wstrzymywało niestety ropienia całego pola oczyszczonego.

6) Z okluwaniem według Heidenheina przeciw krwawieniu podczas operacyi należy być dość oględnym, bo niemiłem zjawiskiem staje się krwawienie następowe z każdego kanału ukłucia szwu. Krwawi też często bardzo ze zgrubiałej opony twardej i tętnic mózgu w ranie przy formach septycznych.

7) Pod szczeliny w kości podsuwał mowca sączki z gazy, w jamę wkładał luźno jakby worek Mikulicza, celem ułatwienia wyjmowania najpierw warstw wewnętrznych przy zmianie opatrunku lub »Makintosh«, używany przez Rovsinga. (Demonstracye).

8) Przeważnie zakładał mowca szew skóry, a ubytkowi w kości i mózgu starał się nadać kształt rowka dla łatwiejszego wypełnienia się jamy od brzegów.

9) O dalszych losach wygojonych chirurgicznie, będzie można wydać sąd dopiero o wiele później, czy pozostaną zdrowi na umyśle lub czy nie dołączy się do urazu n. p. odruchowa ślepota, obłęd jako pierwotne lub następowe zamroczenie umysłu (Schüle i Stolper) lub choćby nieznaczne braki w inteligencyi, niejednokrotnie bardzo subtelne, a dostępne wykryciu po dłuższem dopiero spostrzeganiu.

Przy końcu swego przemówienia przedstawia mowca 10 różnych pocisków szrapneli, kul karabinowych armii austro-węg., rosyjskiej i niemieckiej, z zakresu omawianego tematu, z podaniem, jaki wywołały rodzaj uszkodzenia, jakim ciekawym zmianom uległy same i jaki był wynik u ranionych nimi. (Autoreferat).

d) Kol. Groebel, pełniący podczas obecnej wojny służbę w szpitalu wojskowym tuż za frontem, opisuje czynności znajdujących się tam lekarzy. Przy ranach postrzałowych czaszki zakładają opatrunek prowizoryczny i starają się jaknajprędzej rannego przesłać do najbliższego zakładu stałego; operują tylko w tych przypadkach, gdzie są objawy ucisku mózgu.

e) Kol. Hornowski pokazuje preparaty z przewlekłych ropni mózgu; ciekawem jest, jak szybko przychodzi w tych ropniach do wytworzenia się tkanki łącznej.

f) Kol. Herman. Co innego rana zaraz za frontem, a rany, jakie my dostajemy w kilka lub kilkanaście dni po zranieniu. Dobre wyniki tych operacyi natychmiastowych tuż za frontem należy przypisać dobremu opatrunkowi, jaki operator zakłada. Mowca nie ma zaufania do środków przeciwgnilnych, nie mogą one wiele zdziałać. Najważniejsza, żeby żywotność tkanek jak najmniej na szwank narażać, a zatem niepotrzebnie nie operować. — Jeżeli mowca tu we Lwowie dostaje z frontu rannego w czaszkę, wie już z góry, że rana zakażona; należy czekać, obserwować, a jeżeli objawy zakaźne groźne, operować. Co do późnych ropni, to jest to zjawisko w obecnej wojnie powszechne. Co do nazwy, której mowca użył w swoim wykładzie: »rany postrzałowe czaszki ślepe«, to uważa to wyrażenie za stosowne, bo rana taka ma zakończenie ślepe.

Sekretarz: Z. Szczepański.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Higiena.

Urządzenia sanitarne w niemieckiem generałgubernatorstwie warszawskiem (Gesundheitswesen im Verwaltungsgebiete des Kaiserlich Deutschen Generalgouvernements Warschau) opisuje Ces. Urząd zdrowia w Nr. 8 r. b. swej publikacyi »Veröffentlich. d. Kais. Gesundheitsamtes«. Stworzoną przez rząd niemiecki organizacyą sanitarną kieruje szef administracyi w generałgubernatorstwie z referentem sanitarnym przy boku. Na 49 dawnych powiatów ustanowiono 41 lekarzy powiatowych; w przyszłości każdy powiat otrzyma osobnego lekarza. Aby zaradzić brakowi lekarzy-praktycznych, zarządzono okresowe przyjazdy i ordynacyę lekarzy z sąsiedztwa w miejscowościach pozbawionych lekarzy i pozwolono powrócić do swych dawnych siedzib szeregowi lekarzy Polaków z pośród jeńców wojennych. Zajęto się także rozesłaniem na prowincyę tych lekarzy, którzy w czasie wojny schronili się do Warszawy. Rozpoczęte budowy szpitali ukończono, szpitale uszkodzone naprawiono, reaktywowano zakłady dla obłąkanych. Wprowadzono przymus donoszenia o chorobach zakaźnych (dur plamisty i brzuszny, cholera, ospa, czerwonka, zapalenie opon, płonica, błonica), także w przypadkach podejrzanych, zorganizowano w większych miastach oglądanie zwłok przez lekarzy lub felczerów. Celem zwalczania epidemii stworzono dalej stacyę bakteryologiczną cywilną w Łodzi, oprócz której wykonują badania także wojskowe zakłady w Warszawie, Toruniu, Białymstoku, oraz pruskie zakłady w Bytomiu, Wrocławiu i Poznaniu. Dla odosobnienia chorych urządzono prócz dawnych szpitali 250 domów izolacyjnych. Niemieccy lekarze i dezynfektorzy kształcili dezynfektorów z pośród ludności miejscowej, dla których wydano drukiem wskazówki w języku polskim; w Łodzi założono szkołę odkażania, gdzie będą się odbywać kursa powtarzania. Przyrządy dezynfekcyjne i formalinę przysłano z Niemiec. — Z panujących epidemii zwalczano ospę przez wznowienie tygodniowych »dni szczepienia«, oprócz tego jednak wprowadzono przymus szczepienia dzieci szkolnych i ludności w okolicach najwięcej zagrożonych. Zaszczepiono 600.000 osób; ospa zmniejszyła się o 60%. Szczepienia wykonywują lekarze i pouczeni przez lekarzy powiatowych — felczerzy. Większe ogniska duru plamistego powstały tylko w Aleksandrowie i Warszawie; w zwalczaniu obok bardzo surowego odosobnienia wielkie usługi oddały zakłady odwszawiania: 6 wojskowych, służących także dla ludności cywilnej i 20 umyślnie utworzonych mniejszych, między nimi jeden na statku na Wiśle, obsługujący ludność nadbrzeżną. Aby zapobiedz rozwleczeniu cholery, założono dwie stacye nadzorcze nad żeglugą i flisactwem we Włocławku i Płocku. Dzięki temu i innym środkom cholera nie dostała się do Niemiec. (A co się działo w Królestwie, niezupełnie wiadomo ze sprawozdania). Bardzo grasujące choroby weneryczne zwalczano reglementacyą; w Warszawie wśród 1011 prostytutek znaleziono 517 zakażo-

nych, które internowano w szpitalach aż do wyleczenia. Silnie rozpowszechnioną wściekliznę zwalczano przez tępienie psów, wałęsających się, wprowadzenie wysokiego podatku od psów pokąsanych ludzi odsyłano do leczenia do Wrocławia. Energicznie starano się o zaprowadzenie czystości na ulicach, placach i t. d. po miastach. W Łodzi znaleziono kilkaset zupełnie wadliwych dołów kloacznych do oczyszczania biologicznego, które obecnie odkaża się regularnie chlorkiem wapna. Tamże ustanowiono osobnego urzędnika, pilnującego czystości podworców domowych. Z 10.000 studzien łódzkich zbadano pod względem higienicznym 7000 i zarządzono usunięcie usterek; w wielu miejscowościach wykonał umyślnie ustanowiony inżynier wiercenia za wodą. Zorganizowano nadzór nad środkami spożywczymi przez kontrolę targową i badanie prób w Poznaniu, Bytomiu i Bydgoszczy, a w Łodzi urządza się właśnie w tym celu wielki nowy zakład, w którym będą prowadzone kursa dla inspektorów targowych. — Sprawozdanie kończy się uwagą, że te usiłowania władz sanitarnych niemieckich trafiają, o ile można osądzić, wśród ludności miejscowej na rosnące z biegiem czasu zrozumienie. r.

Jedno z najstarszych Towarzystw lekarskich, »Wiener med. Doktoren-Kollegium«, wydało następujące wskazówki, które będą wręczane lekarzom przy uzyskaniu dyplomu: »1) Osiedlając się dla wykonywania praktyki, donieś o tem władzy politycznej i Izbie lekarskiej. 2) Osiedlając się, unikaj wszystkiego, coby do ciebie mogło zrazić kolegów. 3) Pamiętaj, że twoje osobiste interesa są równe interesom twoich kolegów i że stan lekarski może uzyskać poważanie i znaczenie tylko przez zgodę i jedność swych członków; obowiązkiem twym jest przeto należeć do towarzystw i organizacyi lekarskich. 4) Poinformuj się o organizacyi stanu lekarskiego i o znaczeniu Izb lekarskich, oraz Rad honorowych i nie zaniedbuj nigdy przed zawarciem umowy z kasą chorych, stowarzyszeniem i t. d., odnieść się do Izby lekarskiej, aby się uchronić od szkód materyalnych i moralnych. 5) Nabądź dokładnych wiadomości o swych obowiązkach w przypadkach chorób zakaźnych, w zakresie ubezpieczenia od chorób, nieszczęśliwych wypadków i t. p., oraz o wydawaniu orzeczeń w tych sprawach, aby uniknąć kolizyi z władzami i prawem i uchronić się od procesów z tytułu odpowiedzialności lekarza. 6) Unikaj reklamy, zwłaszcza przesadnej; zachowaj ostrożność w wydawaniu świadectw, poświadczeń o lekach i t. d. 7) W praktyce lekarskiej nie zapominaj nigdy, że twym najwyższym celem i obowiązkiem jest dobro chorego. Pamiętaj, że jesteś lekarzem nietylko ciała, ale i duszy twych chorych i że to szczególne zaufanie tylko przez prawy charakter i przez wykształcenie duchowe zdobyć i utrzymać można. 8) Ponieważ obecny sposób obsadzania posad lekarskich w kasach chorych wyklucza takie zaufanie, przeto występuj zawsze za wolnym wyborem lekarzy. 9) Strzeż zawsze tajemnicy lekarskiej. 10) Nieustannie kształć się dalej w medycynie, gdyż tylko to jest rękojmią, że utrzymasz się na poziomie nauki ku dobru swych chorych i własnemu. 11) Popieraj jaknajgoręcej wszelkie prace higieniczne, opiekę nad młodzieżą i dobroczynność publiczną przez żywy udział osobisty; w sprawach tych lekarze powinni dla dobra społeczeństwa i swego stanu zachować wpływ należny. 12) Zwracaj szczególnie uwagę na prawodawstwo socyalne, aby nie dokonywało się ono bez udziału lekarzy i przeciw lekarzom. 13) Służąc społeczeństwu w ten sposób, nie zapominaj jednak, że ze swego zawodu masz się utrzymywać; powinieneś więc żądać odpowiedniego zawsze wynagrodzenia za pracę i nigdy nie obniżać go w stosunku do innych kolegów, bo to tobie samemu najwięcejby zaszkodziło, zmniejszając twą wartość w oczach klienteli. 14) We własnym interesie zdążaj do zabezpieczenia siebie i swej rodziny na wypadek choroby, niezdolności do pracy i śmierci, przystępując przedewszystkiem do odpowiednich stowarzyszeń lekarskich i kas ubezpieczenia«. r.

W sprawie opieki nad oseskami zwrócił się prymaryusz Dr Jan Landau do ministerstwa spraw wewnętrznych z przedstawieniem opłakanych stosunków, w jakich się kraj nasz znajduje. Brak bowiem żłóbków dla osesków i specyalnych ambulatoryów, matki i przyszłe matki nie są należycie przygotowane do pielęgnowania osesków, położne, szczególnie na wsi, również nie są odpowiednio w tym względzie wykształcone, przyjmowanie osesków przez kobiety nieukwalifikowane nie podlega kontroli; jednem słowem na tem polu bardzo mało zdziałano, a obecnie otwiera się szerokie pole działania dla całego społeczeństwa. Dr Landau proponuje więc utworzenie dla Galicyi centralnego biura w sprawie osesków z lekarzem odpowiednio wykształconym na czele, sądząc, że w ten sposób zapobiegnie się wielkiej śmiertelności w pierwszym roku życia.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Akcya szczepienia krowianką, podjęta w wielkim stylu celem zwalczania epidemii ospy w Galicyi zachodniej, dobiega końca. Sekcya sanitarna Komitetu książęco-biskupiego krakowskiego, pod kierunkiem prof. Dr Godlewskiego, wysłała od września 1915 kilkadziesiąt osób szczepiących w okolice największej zagrożone; do lutego zaszczepiono 270.000 ludzi. Grupy szczepiące, wykształcone na kursach, urządzonych przez Uniwersytet Jagielloński, a kierowane przez prof. Dr Marchlewskiego, wyekwipowane przez Sekcyę sanitarną K. B. K., rozjechały się po kraju w połowie lutego. Składały się one z 112 słuchaczów i 49 słuchaczek medycyny, 95 słuchaczy i 48 słuchaczek innych Wydziałów, oraz 28 mężczyzn i 46 kobiet z poza uniwersytetu. Zaszczepiły one ludność 35 powiatów, przeważnie w Galicyi zachodniej i środkowej; akcyę w kilkunastu powiatach wschodnich objęło gal. Towarzystwo Czerwonego Krzyża. Aby szczepienie mogło być ukończone, przedłużył Uniwersytet Jagielloński przerwę w wykładach do 3 kwietnia. Akcyę popierały gorąco i skutecznie władze, duchowieństwo, nauczycielstwo i ziemianie, a lud przyjmował chętnie.

— Członkami Najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu na okres 1916—1918 zostali mianowani prof. Dr Kostanecki z Krakowa, prof. Dr Kucera, prof. Dr Łukasiewicz i prof. Dr Halban ze Lwowa.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 8. III. posiedzenie, na którem prof. Ciechanowski przedstawił preparaty anatomopatologiczne, a prof. Nitsch miał wykład w sprawie bakteryologicznego rozpoznawania cholery. W d. 15. III. 1916 odbyło się posiedzenie, na którem dyrektor państwowego Zakładu krowiankowego, r. rz. Dr Paul, miał jako zaproszony gość wykład: »O nowej eksperymentalnej metodzie rozpoznawania klinicznie wątpliwych przypadków ospy«. Na posiedzeniu zaś w d. 29. III. przedstawił Dr Hładij przypadek mocznicy, leczonej obłuszczeniem nerek, a prof. Latkowski miał wykład »O osłabieniu mięśnia sercowego pod względem klinicznym«. W dyskusyi nad demonstracyą przemawiali kol. Jaworski, Latkowski, Glassner, Hładij.

— Dyplom doktora medycyny uzyskał p. Antoni Bargiel ze Starej Wsi w Galicyi.

— Zmarły niedawno w Zakopanem Dr Jan Stefanicki ze Stanisławowa zapisał cały swój majątek na cele publiczne, jakoto na stypendya (80.000), zapomogi dla ubogich włościan (15.000) i t. d.

— Izba lekarska zachodnio-galicyjska zawiadamia, że w obwodzie kozienickim w Królestwie są do objęcia trzy posady lekarzy okręgowych z siedzibą w gminach 1) Kozienice, 2) Zwoleń, 3) Magnuszew. Stała pensya roczna 3.000 kor., sposobność do dobrej praktyki prywatnej. Koledzy reflektujący na te posady zechcą zwrócić się do c. i k. Komendy obwodowej w Kozienicach z podaniem curriculum vitae. oraz oznaczeniem rodzaju i czasu trwania praktyki szpitalnej najdalej do 15. kwietnia, a równocześnie uwiadomić Izbę lekarską, że się o taką posadę starają. Władający językiem polskim mają pierwszeństwo, wymagana jest jednak również znajomość języka niemieckiego. — Bliższych informacyi zasięgnąć można w c. i k. Komendzie obwodowej w Kozienicach.

— W »Gazecie lwowskiej« ogłoszono konkurs na dwie posady lekarzy do zwalczania zimnicy w powiecie bialskim i oświęcimskim z siedzibą w Bestwinie, względnie w Brzeszczach. Posady będą nadane na 6 miesięcy (1. maja do 31. października 1916), a lekarze otrzymają wynagrodzenie 400 kor. miesięcznie, ryczałt na objazdy gmin przydzielonych 100 kor. miesięcznie i wolne mieszkanie. Podanie należy wnieść najpóźniej do 10. kwietnia 1916 do departamentu sanitarnego Namiestnictwa w Białej, dołączając dyplom lub kopię dyplomu, oraz dowody dotychczasowej pracy zawodowej, jako też praktycznej znajomości bakteryologii i badania krwi.

— Na posiedzeniach Głównego Komitetu ratunkowego dla ziemi lubelskiej, kieleckiej, radomskiej i piotrkowskiej, odbytych w Lublinie 15–17. III. b. r. była, jak donosi »Głos Narodu« — »osobnym przedmiotem rozważań sprawa opieki sanitarnej, która wymaga jak najenergiczniejszych zabiegów wobec epidemii tyfusu plamistego. W południowej części obwodu lubelskiego czynne są już kolumny szczepiące K. B. K.; na cele sanitarne przeznaczono dalsze 75.000, dotąd razem 175.000 koron; ziemia lubelska, jako bardziej zagrożona, otrzymała 35.000 kor. Dzięki poparciu władz gubernialnych, a w szczególności Dra Karpińskiego, szefa sanitarnego przy zarządzie gubernialnym, urządza się pod egidą rządu gubernialnego także miejscowe grupy szczepiące, które z grupami K. B. K. dokonają szczepienia ochronnego przeciw ospie. Pod kierownictwem Dra Karpińskiego odbywa się też obecnie w Lublinie kurs szczepienia, w którym bierze udział około 100 osób«.

— Prace lekarzy polskich w czasie obecnej wojny określił »Głos Narodu« (Nr 62) następującymi słowy: »Stan nasz lekarski złotemi głoskami zapisał się na karcie obecnej wojny. Ten tylko ocenić to może, kto patrzy na nadludzką wprost pracę lekarzy-obywateli, którzy poza trudami, jakie dyktuje obowiązek w szpitalach wojskowych, nieść muszą pomoc ludności cywilnej i zasilać swą pracą opustoszałe z sił lekarskich cywilne szpitale i prowadzić walkę zwycięzką z epidemiami, które groziły i grożą jeszcze ludności. Sami padają pod ich ciosem, a jedyną podzięką są najczęściej wspomnienia pośmiertne, poświęcone lekarzombohaterom, co ulegli epidemii, w obronie życia tych, którym nieśli pomoc«.

Lwów. Dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1915/16 wybrany został prof. Dr St. Bądzyński, w miejsce prof. Halbana, służącego w wojsku.

— Ministerstwo oświaty zatwierdziło habilitacyę Dr Adama Czyżewicza w zakresie położnictwa i ginekologii.

— Dyplom doktora medycyny uzyskał p. Wilhelm Blaustein, rodem ze Lwowa.

Warszawa. Na zaproszenie redakcyi »Deutsche medizinische Wochenschrift« ogłosił rektor Uniwersytetu warszawskiego, Prof. Dr Brudziński, w Nrze 10 tego tygodnika treściwą wiadomość o organizacyi Wydziału lekarskiego w Warszawie. (Nazwiska profesorów są w »Deutsche med. Woch.« do niepoznania zmienione przez omyłki drukarskie, n. p. zamiast Kryński raz Kryúsk, a drugi raz Krypiski). Oprócz szczegółów już wiadomych zawiera artykuł prof. Brudzińskiego wzmiankę o planach na przyszłość. W najbliższym roku szkolnym ma być otwarty drugi rok studyów z wykładami i ćwiczeniami w zakresie fizyologii, chemii fizyologicznej i histologii. Trudność stanowi brak odpowiednich gmachów; zakład fizyologii jest nieodpowiedni. Pomieszczenię dla anatomii patologicznej, patologii ogólnej, farmakologii i t. d. jest zbyt ciasne, zwłaszcza wobec frekwencyi, już na I. roku studyów przekraczającej 500. Klinikę chorób usznych, dziecięcych, umysłowych i nerwowych trzeba będzie dopiero stworzyć, bo ich wcale przedtem nie było. — Do artykułu prof. Dr Brudzińskiego dołączyła redakcya »Deutsche med. Wochenschrift« krótkie streszczenie jego broszury »O organizacyi uniwersytetu«, wydanej po polsku w r. 1915.

— Po zaprowadzeniu ruchu pocztowego do części Królestwa, zajętej przez wojska niemieckie, otrzymaliśmy pierwsze bezpośrednie wiadomości d. 21. III. o losie pism warszawskich lekarskich. Wynika z nich, że »Medycyna i Kronika lekarska« oraz »Zdrowie« nie przerywały ani na chwilę wydawnictwa. Pierwsze trzy zeszyty »Zdrowia« z r. b. otrzymaliśmy; treść ich podajemy w zwykłej rubryce. Artykuły wstępne w tych 3 zeszytach poruszają sprawy pierwszorzędnej wagi, jak zabezpieczenie ludności od głodu, odbudowę kraju, opiekę nad matkami i dziećmi, podniesienie kultury.

— Dzienniki podnoszą, że szpitale w Królestwie Polskiem znajdują się obecnie w bardzo trudnem położeniu, gdyż w wielu razach utraciły zwykłe swe źródła dochodu; ogólna drożyzna i bieda, konieczność bezpłatnego leczenia zubożałych chorych i podrożenie środków lekarskich wprawiły wiele szpitali w położenie wprost rozpaczliwe, tak, że groziło im zamknięcie. Ta-

kiemu losowi uległ szpital św. Kazimierza w Radomiu. Aby go ratować, wyasygnował Komitet książęco-biskupi krakowski 9000 koron, tyleż udzielił Główny Komitet ratunkowy lubelski, zaś c. k. Zarząd gubernialny wyasygnował 2000 kor. Gmina miasta Radomia musi jednak pokryć jeszcze 10.000 kor. długów, ciążących na tym szpitalu. Szpital w Dąbrowie górniczej otrzymał subwencyę od krakowskiego Komitetu książęco biskupiego w kwocie 1000 koron, zaś na cele tłumienia epidemii w Chmielniku przeznaczył Komitet książęco-biskupi krakowski kwotę 3000 kor.

— Zjazd internistów niemieckich w Warszawie w d. 1. i 2. V. obradować będzie na temat duru brzusznego, paratyfusu, duru osutkowego, czerwonki, cholery, chorób serca i nerek w czasie wojny. Uczestniczyć mogą tylko lekarze z państw sprzymierzonych centralnej Europy, nie są dopuszczeni lekarze z państw neutralnych. Lekarze cywilni mają się zgłaszać do prof. Weintrauda w Baden pod Wiedniem, a otrzymają przepustki wprost od władz niemieckich z Warszawy, muszą jednak mieć prawidłowy paszport z miejscowości swego zamieszkania i nie mogą przyjeżdżać z rodziną.

Zmarli: Dr Klemens Lipiński, w 34 r. ż. w Łodzi, z duru; Dr Maurycy Hay, którego nazwisko związało się z rozpowszechnieniem krowianki w Austryi (ur. 1833 w Wielkich Oczach, wychowaniec uniwersytetu lwowskiego, później lekarz obwodowy w Radymnie i Jarosławiu, założyciel pierwszego zakładu krowiankowego w Austryi) w Wiedniu; Dr Maksymilian Schlank, lekarz miejski w Oświęcimiu; Dr Ferdynand Eichhorn z Krakowa, w Wiedniu; Dr Godecki w Lubartowie; Dr Ignacy Jaroszyński, w 48 r. ż., w Piaskach luterskich w lubelskiem, z duru plamistego; Dr Karol Rotkel, zasłużony na wielu polach pracownik społeczny, w Lublinie; Dr Wł. Miłoszewski, wychowaniec U. J., w 28 r. ż., w Hrubieszowie z duru plamistego; Dr L. Peterseim, lekarz pułkowy, krakowianin, w niewoli na Syberyi.

Redakcya otrzymała: Bogdanik: Kriegschirurgische Erfahrungen mit den Mantelgeschossen. Über die Wirkung der Dum-dum-Kugeln. (Med. Klinik. 1916). — Korczyński: 1) Beiträge z. Klinik d. sporadischen Fälle Heine-Medin'scher Krankheit (Wiener kl. Woch, 1914). 2) Beitr. z. Klinik infantiler Hypothyreose. 3) Sporadischer Fall von Anguillulalis intestinalis. 4) Ein Fall Dercumscher Krankheit. (Medic. Klinik 1914/15). 5) Das chronische Duodenalgeschwür (Österr. Aertze-Ztg. 1914). 6) O nerwicach wegetatywnych. 7) Kiłowe schorzenie tętnicy głównej (Kraków 1914). — Cybulski i Woliczko. Die Abhängigkeit der Aktionsströme der Muskeln von der Temperatur. (Kraków. Akad. Umiej. 1914). — Cybulski i Jeleńska-Macieszyna: Aktionsströme der Grosshirnrinde. (Kraków. Akad. Umiej. 1915). — Jaworski W.: 1) Modifikation in der Aufnahme der Elektrokardiogramme von pathologischen Herzen zur Erleichterung der klinischen Diagnose. (Münch. med. Woch. 1915). 2) Vergleichende Untersuchungen über röntgenologische u. klinische Befunde am Magen. (Dts. med. W. 1915). — Jaworski i Mięsowicz: Über den verderblichen Einfluss der gegenwärtigen Richtung in den chemischen Fabriken u. Apotheken auf die praktische Medizin. (Münch. m. W. 1914). — Korczyński: 1) Paratyphöse Erkrankungen. 2) Rückfallfieber (Med. Klinik 1915). 3) Letal verlaufende paratyphöse Enteritis (Wiener kl. W. 1915). — H. Wachtel: 1) Das neue Lokalisationsprinzip der Raummarke und der Schwebemarkenlokalisator. 2) Über die instrumentelle Bestimmung der Erythemgrenze. (Forschr. a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen. T. XXIII). 3) Die Fremdkörper rücken häufig bei der Operation tiefer. Ursache et c. 4) Über die Bedeutung der feineren Details der Frakturbilder. 5) Der Schwebemarkenlokalisator (Münch. med. Woch. 1914, 1915). 6) Ein halbes Jahr röntgenologische Projektillokalisation (Med. Klinik. 1915). 7) Kriegs-Röntgenologie (Jahresk. f. ärztl. Fortb. 1915).

Bibliografia: Taschenbuch des Feldarztes. V. Plate i Dethleffsen: **Die physikalische Therapie in Feld- und Heimatlazarett.** Monachium 1916, str. 188 (J. F. Lehmann). Cena 4 Mk.

Powstanie tej książki wywołały widocznie warunki, w jakich znajdują się szpitale polowe niemieckie, mogące wskutek walki pozycyjnej i korzystnych pomieszczeń, przynajmniej na froncie zachodnim, zająć się stworzeniem urządzeń do leczenia fizycznego i systematycznem jego stosowaniem przez czas dłuższy. Książka Platego i Dethleffsena ogranicza się oczywiście, jak i wszystkie inne części tego wydawnictwa, do rzeczy najkonieczniejszych, zaledwo dających się zmieścić w ciasnych ramach 188 stronnic, zwłaszcza wobec licznych i dużych ilustracyi, stanowiących skądinąd wielką zaletę tego wojennego podręcznika. Autorowie omawiają więc tylko działanie procedur napotnych ogólnych, miesienie, leczenie fizyczne świeżych i starszych ran i blizn, dalej kolejno leczenie zboczeń narządu oddechowego, krążenia, narządu ruchu i t. d., w końcu podają wskazówki, jak urządzić mały zakład leczenia fizycznego w szpitalu wojennym r.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. R. VII. Zeszyt 3. Monachium 1916 (J. F. Lehmann). Cena 1·25 Mk., rocznika 16 Mk.

Tegoroczny zeszyt marcowy zawiera, ściśle według programu, rozprawy z zakresu chorób narządu trawienia i przemiany materyi, a mianowicie prof. Straussa i Dr Leva sprawozdanie z postępów w zakresie nauki o chorobach żołądka i jelit, Dr Cohnheima uwagi o chorobach narządów brzusznych, szczególnie obchodzących lekarzy praktycznych i prof. Boruttau pracę o uzupełniających substancyach odżywczych i ich znaczeniu praktycznem.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.

Zdrowie (Warszawa) 1916. Nr 1—3: Otto: O ujemnym wpływie palenia tytoniu (1—3). — Pręgowski: W sprawie wewnętrznej organizacyi szpitali (1—2). — Hewelke: Wojna a choroba (1). — Fruchtman: Warstaty dla obróbki szczeciny (2). — Chełchowski: Najpilniejsze potrzeby higieniczne ludu polskiego (3). — Dzięciołowski: Krew, jako produkt zwierzęcy, z punktu widzenia »mięsoznawstwa« (3).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LV. Kraków, 1. maja 1916. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O leczeniu złamań postrzałowych uda.

podał

Ludwik Rydygier

chirurg naczelny c. i k. szpitala wojennego w Bernie mor.

W pracy obszerniejszej zdam sprawę z mej działalności w c. i k. szpitalu wojennym w Bernie w przeciągu pierwszego półrocza. Przez ten czas leczono u nas 4175 rannych, z pośród których umarło 41, a więc mniej niż 1%; zasługuje to na uwagę tembardziej, jeżeli się uwzględni bardzo nieraz ciężki stan chorych w chwili przybycia ich do naszego szpitala, a także tę okoliczność, że w większości przypadków mieliśmy do czynienia z ranami zakażonemi.

W tej liczbie mieliśmy 138 przypadków złamań postrzałowych uda; wszystkie były zakażone i ropiały.

Do tej pory nie jest ustalone, jaki sposób postępowania jest najodpowiedniejszy w przypadkach postrzałowych złamań uda, które stanowią w czasie obecnej wojny obrażenie bardzo częste i niezaprzeczenie jedno z najcięższych. Niema ustalonych zasad, czy zakładać opatrunek wyciągowy, gipsowy, czy szynowy; jeszcze większe różnice występują przy rozstrzyganiu pytania, kiedy i gdzie jeden z tych różnych sposobów postępowania zastosować.

Wobec tego pragnę zabrać głos w tej sprawie na podstawie mego dotychczasowego, niezbyt małego doświadczenia i pokrótce moje poglądy przedstawię.

Najłatwiej o porozumienie co do używania opatrunków szynowych. Przy złamaniach uda uciekamy się do nich tylko z konieczności, zmuszeni okolicznościami; nie ustalają bowiem one pewnie odprowadzonych odłamków kostnych, nie odpowiadają wymaganiu, aby wyciąg był stały i trwały, gdyż przy zmianie opatrunku rany musimy całą szynę odejmować. Tylko w pierwszej linii bojowej na punktach opatrunkowych (Hilfs-u Verbandplatz) ma pierwszeństwo opatrunek szynowy przed innymi opatrunkami, również częściowo też i w szpitalach polowych, jako metoda pomocnicza do dalszej przesyłki chorych.

Wielu chirurgów zaleca zakładanie opatrunków gipsowych już w szpitalach polowych, a nawet na punktach opatrunkowych. Naturalnie, jeżeli jest dość czasu po temu, a także dostateczna ilość lekarzy, wyćwiczonych w zakładaniu opatrunków gipsowych, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że wtedy należy dać pierwszeństwo opatrunkowi gipsowemu przed opatrunkiem szynowym. W większości jednak przypadków, przynajmniej dotychczas tak jest, trudno to przeprowadzić.

Jeżeli zakładamy przy złamaniu postrzałowem uda opatrunek szynowy, musi on sięgać od klatki piersiowej aż do podeszwy i musi też obejmować stopę, aby zapobiedz ruchom obrotowym (rotatio). Niestety, widziałem zarówno w Wiedniu, jako »Konsiliarchirurg«, jak i w Bernie wielką liczbę przypadków, gdzie opatrunek taki nie obejmował miednicy; często przyjeżdżali chorzy, nawet ze szpitali stałych, u których szyny blaszane przy złamaniu uda sięgały zaledwie do fałdu pośladkowego. Takiesame spotykałem opatrunki gipsowe w przypadkach złamań kości udowej nawet w górnej części. Zrozumiałą rzeczą jest, że takie opatrunki bardziej szkodzą choremu, niż pomagają, ponieważ przez swoją wagę, działając na koniec obwodowy kończyny, odginają ostro kość w miejscu złamania i sprzyjają przesunięciu odłamków. Nie omawiałbym tych ciężkich błędów chirurgicznych, jeżeliby one stanowiły rzadkie wyjątki; na nieszczęście wobec mego doświadczenia twierdzić tego nie mogę.

Jeżeli z konieczności, jako »malum necessarium«, mamy używać opatrunków szynowych przy złamaniach postrzałowych kości udowej to, osiągamy w ten sposób jedną korzyść, mianowicie łatwość znaczną w porównaniu z opatrunkami gipsowymi przy zdejmowaniu tych opatrunków u chorych świeżo przybyłych do szpitala. Z wielu względów jest wskazane zdejmowanie wszystkich opatrunków przy świeżych transportach chorych; głównie ze względu na czystość chorych i rewizyę stanu rany. Pierwotnie nie zdejmowaliśmy opatrunków gipsowych dla zaoszczędzenia na czasie, na którym nie zbywa, zwłaszcza w czasie nocnych transportów, wynoszących po 400—800 rannych. Po wybuchnięciu epidemii wszy zasadniczo zmieniliśmy nasze postępowanie i obecnie zostawiamy wyjątkowo tylko gipsowe opatrunki u chorych, pochodzących z napewno czystych szpitali.

Używamy też chwilowo opatrunków szynowych w tych przypadkach, gdzie po założonym opatrunku wyciągowego występują wypryski i pęcherze na skórze; mieliśmy jednak i tutaj złe doświadczenia, o czem bliżej wspomnę, omawiając opatrunki wyciągowe; obecnie w takich przypadkach coraz częściej stosujemy wyciąg gwoździowy.

Przechodzę teraz do najtrudniejszego pytania: kiedy i gdzie należy zastosować opatrunek gipsowy lub wyciągowy.

Stanowczo ten opatrunek będzie zasługiwać na pierwszeństwo, który 1) w sposób możliwie najłagodniejszy odprowadza odłamki, 2) zapewnia ustalenie odłamków możliwie dokładne i stałe, nawet podczas opatrywania rany, 3) stwarza łatwy dostęp do rany i 4) wymaga najmniej technicznego wyszkolenia.

Pomimo bardzo ożywionej w ostatnim czasie dyskusyi pozostaję przy swojem twierdzeniu, że jak w czasie pokoju, tak i podczas wojny od samego początku należy dążyć do możliwie dokładnego odprowadzenia odłamków złamanej kości. Sądzę nawet, że pod tym względem spostrzegane różnice zdań zależą tylko od stylizacyi wypowiadanych twierdzeń. Większość kolegów potępia tylko gwałtowne zabiegi, odprowadzające przesunięte odłamki, ja również jestem tego zdania i zgadzam się pod tym względem z Eiselsbergiem, Perthesem, Habererem i innymi. Nigdy tylko nie zgodzę się z Perthesem, który w swej pracy, zawierającej zresztą znakomite rady (Münch. m. Woch. 1915, str. 756) twierdzi, że wobec złamania kości udowej, podejrzanego o powikłanie zakażeniem, głównem zadaniem nie będzie odprowadzenie odłamków, ale tylko zapobieganie zakażeniu. Dla mnie od samego początku leczenia odprowadzenie i należyte ustalenie odłamków będzie zadaniem głównem, ponieważ przez to samo przeciwdziałamy dalszemu rozwojowi zakażenia; usuwamy bowiem powbijane w mięśnie ostre końce złamanej kości, które i przy najlepszem ustaleniu, tkwiąc w mięśniach, muszą drażnić i sprzyjać zakażeniu. Przez należyte odprowadzenie odłamków sprzyjamy też i łatwiejszemu odpływaniu wydzieliny z rany, której droga nie będzie zatarasowana odłamkami i drzazgami kostnemi. Wreszcie stanowczo łatwiej będzie odprowadzić odłamki kości w samym początku leczenia, bez stosowania gwałtu, aniżeli w okresie późniejszym. — Nie mogę się zgodzić z Perthesem (l. c. str. 757), który twierdzi: »Przy złamaniu kości udowej, będąc zmuszonym przejść do opatrunku wyciągowego, i to po większej części wyciągu gwoździowego, założymy taki opatrunek w tym czasie, kiedy rana postrzałowa już się zabliźni lub też zamieni w zagłębienie, wypełnione ładną ziarniną«. Ten zwrot Perthesa skłonił mnie do tego, że z wielkim naciskiem muszę postawić jako zasadę, iż od samego początku leczenia należy dążyć do możliwie dokładnego odprowadzenia odłamków. Kiedy już rana się zabliźni i wystąpi przykurczenie mięśni, wówczas odprowadzenie odłamków napotyka na wielkie trudności. Wiem dobrze, że można, uciekając się do znacznego obciążenia, do pewnego stopnia przesunąć odłamki kości, częściowo już pozrastane i wobec skurczonych mięśni o jakie 2—4 ctm kończynę wydłużyć, ale nie będzie to już tak pewnem i dla chorego oszczędzającem go postępowaniem, jakbyśmy zastosowali je wcześniej.

Mojem zdaniem najłagodniejsze postępowanie dla chorego będzie wówczas, gdy możliwie najwcześniej założymy dobrze działający opatrunek wyciągowy, który, że tak powiem, sam pomału odprowadza odłamki. Wobec tego przy złamaniach postrzałowych uda oddaję pierwszeństwo opatrunkom wyciągowym przed gipsowymi w początkowym okresie leczenia. Żałować tylko należy, że taki opatrunek można założyć choremu dopiero wówczas, kiedy dostanie się do stałego szpitala, w którym może pozostać przez 6—8 tygodni. Dlatego też takich chorych należy możliwie szybko odsyłać do stałych szpitali.

Ten mój pogląd opieram nietylko na moim materyale, 138 przypadkach szpitala wojennego w Bernie, leczonych w pierwszem półroczu r. 1915, ale też na doświadczeniu, jakie zebrałem jako »Konsiliarchirurg« szpitali rezerwowych Nr 1, 3, 6 i 9 w Wiedniu, gdzie na rozmaitych oddziałach obok wyciągowych opatrunków zakładano w początkowych okresach także i gipsowe. Dodać tu muszę, że w czasach pokojowych w klinice chirurgicznej we Lwowie stosowałem w przypadkach złamań uda przeważnie opatrunki gipsowe, z wyjątkiem złamań szyjki udowej i u dzieci. Nie byłem więc uprzedzony co do opatrunku gipsowego; przeciwnie i tu w Bernie początkowo prawie bez wyjątku stosowaliśmy ten rodzaj opatrunków, a w okresie zamiany opatrunków gipsowych na wyciągowe na własnym materyale przekonaliśmy się naocznie o wielkich zaletach wyciągów, mianowicie w pierwszych tygodniach leczenia. W wielu przypadkach spostrzegaliśmy, że u chorych z opatrunkami gipsowymi, u których wieczorami ciepłota podnosiła się nieraz znacznie całymi tygodniami i przez ten czas pomimo odpowiedniego postępowania wydzielina z ran była bardzo obfita, — po zdjęciu opatrunku gipsowego i założeniu wyciągu już po kilku dniach ciepłota obniżała się i wydzielina z rany zmniejszała się znacznie.

Następnym względem, który nas skłonił do używania opatrunków wyciągowych, i to według wzoru Florschütza, było to, że przy tym sposobie dostęp do rany i całej jej okolicy jest o wiele dogodniejszy, aniżeli przy opatrunku gipsowym nawet z bardzo wielkiemi oknami, a nawet przy opatrunku mostkowym. Wobec tego całą okolicę można łatwiej zbadać, ewentualne ropnie opadowe prędzej spostrzedz i wogóle czystość opatrunku utrzymać.

Dodać należy, że wzór Florschütza do wyciągu jest bardzo tani, może go sporządzić każdy stolarz i technika zakładania tego opatrunku jest bardzo prosta, o wiele łatwiejsza do przyswojenia, aniżeli technika opatrunków gipsowych Uwzględniwszy to wszystko, znajdziemy dostateczną podstawę, aby dać pierwszeństwo opatrunkowi wyciągowemu przed gipsowym przy złamaniach postrzałowych uda.

Aby być sprawiedliwym, muszę wspomnieć o trzech ujemnych stronach opatrunków wyciągowych; nie są jednak one tak znaczne, aby mogły ograniczyć nas w stosowaniu tych opatrunków.

1) Chcąc, aby wyciąg działał nieprzerwanie i jednolicie, czego tu zawsze wymagać należy, jesteśmy zmuszeni opatrywać rany na sali chorych, czego w zasadzie zawsze unikam ze względu na to, że nie można nigdy tak dokładnie oczyścić sali chorych, jak salę opatrunkową lub operacyjną; nie jest też rzeczą humanitarną skazywać 49 chorych na słuchanie jęków jednego opatrywanego pięćdziesiątego.

2) Najlepsze nawet środki klejące wywołują przy wyciągu podrażnienie skóry. Wypróbowaliśmy najrozmaitsze stare i nowe środki i znajdujemy, że środek Heusnera jest najlepszy, jakkolwiek i ten zmusza nieraz do zdjęcia opatrunku wyciągowego. Pierwotnie w takich razach aż do wygojenia zapalenia skóry zakładaliśmy opatrunki szynowe; zrobiliśmy jednak smutne doświadczenie, ponieważ w wielu

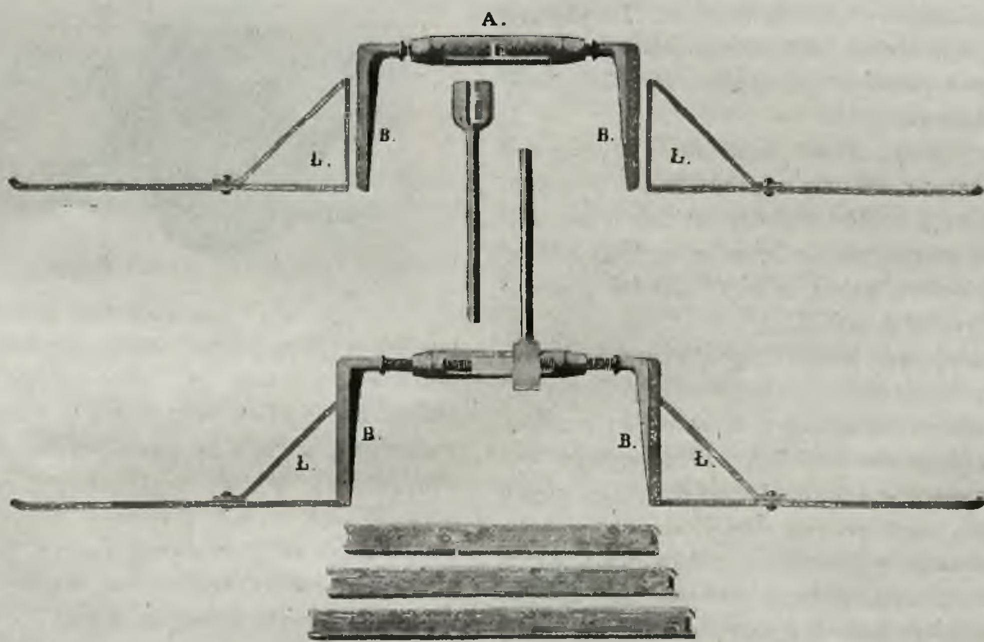
przypadkach występowały skrócenia, przesunięcia odłamków, silne ropienie, podniesienie ciepłoty i znaczna bolesność przy zmianie opatrunków. Wobec tego w takich przypadkach, a także tam, gdzie rany części miękkich są rozległe, zakładamy wyciąg gwoździowy, nie wywołujący żadnych powikłań i możemy go bardzo gorąco polecić.

3) Mogę wspomnieć jeszcze o jednej ujemnej stronie wyciągu; zarzut ten należy skierować nie do rodzaju opatrunku, lecz do chorych, a mianowicie nieraz chorzy w nocy, korzystając z braku dozoru, usuwali ciężarki wyciągające. W takich przypadkach spostrzegaliśmy nieraz dosyć znaczne skrócenia, o ile to wykroczenie ze strony chorych nie było dosyć wcześnie spostrzeżone.

Pomimo tych kilku drobnych cech ujemnych, których zresztą nieraz łatwo uniknąć można, oddaję stanowczo wyciągowi pierwszeństwo nad opatrunkami gipsowymi w początkowych okresach leczenia złamań postrzałowych uda.

Ażeby śruba pewniej była umieszczona pomiędzy bocznemi częściami mostka i przy pokręcaniu nie wyskoczyła, poleciłem dorobić na końcach śruby części boczne, które opierają się na listewkach bocznych mostka. Zwykle zamurowujemy 3 takie śruby i w ten sposób, pokręcając je kolejno, osiągamy stopniowy wyciąg. Uzyskawszy należyte ułożenie, usuwamy śruby, założywszy na ich miejsce odpowiednio wycięte kawałki drzewa, a śruby możemy zastosować w innych przypadkach. Jestto właściwie metoda Hackenbrucha, tylko odpowiednio do czasów wojennych uproszczona i uniezależniona od fabrykanta instrumentów.

Przez założenie »lege artis« opatrunku wyciągowego często z dodatkowymi bocznymi wyciągami nie można sprawy leczenia złamań postrzałowych uda uważać za zupełnie załatwioną. Musimy przedewszystkiem postarać się o swobodny odpływ wydzieliny z rany przez odpowiednie sączkowanie, często przez rozszerzenie rany i wykonanie nacięć



Kiedy już wydzielina z ran się zmniejszy, ciepłota stanie się prawidłową i odłamki kostne do pewnego stopnia się połączą, a więc po 8—12 tygodniach, zakładamy opatrunki gipsowe, aby chory mógł zacząć chodzić, ewentualnie był gotów do przeniesienia do dalszego szpitala. W tych przypadkach, gdzie istnieje znaczna skłonność odłamków do przesunięcia się, nie należy zbyt wcześnie przechodzić od wyciągu do opatrunku gipsowego, gdyż następowo w takim opatrunku, niezbyt prawidłowo założonym, przy miękkiej i podatnej kostninie może wystąpić skrócenie lub wygięcie złamanej kości.

W odpowiednich przypadkach można połączyć opatrunek gipsowy, a mianowicie mostkowy, z wyciągiem, i tem samem tego niebezpieczeństwa uniknąć. Jak opisałem to (w Zentr. f. Chir. Nr 8, 1916 i w Przegl. lek.), a z dołączonych rycin łatwo jest zrozumiałe: pomiędzy przepiłowane części listew żelaznych umieszczamy śrubę, służącą do napinania drutów, a którą możemy kupić w każdym sklepie żelaznym; okręcając tę śrubę rozsuwamy końce listew żelaznych, wmurowanych do opatrunku gipsowego, — tem samem stosujemy wyciąg na odłamki złamanej kości. —

dodatkowych. Należy następnie zbadać stan końców odłamków kości i oddzielonych kawałków kości, zwłaszcza, jeżeli ropienie utrzymuje się czas dłuższy i rany nie zamykają się. Zdjęcia rentgenowskie dają nam wyraźny pogląd, czy w ranie tkwią wolne odłamki kości, wymagające rozszerzenia i oczyszczenia rany.

Ażeby oznaczyć termin tych następowych dodatkowych zabiegów operacyjnych, trzeba posiadać pewne doświadczenie. Pierwotnie czekaliśmy całymi tygodniami, nieraz miesiącami, zanim zdecydowaliśmy się na wkroczenie operacyjne, czekając wygojenia bez operacyi; nie mieliśmy wówczas aparatu Röntgena. Następnie wyobrażałem sobie, że przez wcześniejsze i energiczniejsze wkroczenie, mianowicie szerokie odsłonięcie końców odłamanych kości, świeże okrwawienie ich i ewentualne zeszycie osiągniemy szybsze i lepsze wyniki. Niestety tym sposobem nie osiągnęliśmy tego celu. Często ropienie po takim zabiegu wzmagało się, ciepłota podnosiła się, szew kostny nie trzymał i trzeba było go usuwać. Wobec tego powróciliśmy do leczenia więcej wyczekującego, o ile warunki miejscowe nie wymagały wkroczenia wcześniejszego. Naprzykład, o ile zdjęcie

rentgenowskie wykazywało obok zrośniętych już odłamków kości jamę, otoczoną niepodatnemi ścianami kostnemi, wszczepiałem według Af-Schultena płat mięśniowy; również tunel w kości piszczelowej po oddłutowaniu przedniej ściany wypełniłem przeszczepionym mięśniem piszczelowym (m. tibialis anticus). Ale i z temi operacyami zwlekamy tak długo, dopóki nie zmniejszy się wydzielina i nie ustąpi odczyn zapalny.

Jeżeli po kilku miesiącach nie występuje konsolidacya złamanych kości, odsłaniamy końce, okrwawiamy, ewentualnie znajdujące się pomiędzy odłamkami części miękkie usuwamy, poczem zwykle kości zeszywamy drutem srebrnym; opatrunek najczęściej po takiej operacyi gipsowy, rzadziej wyciągowy.

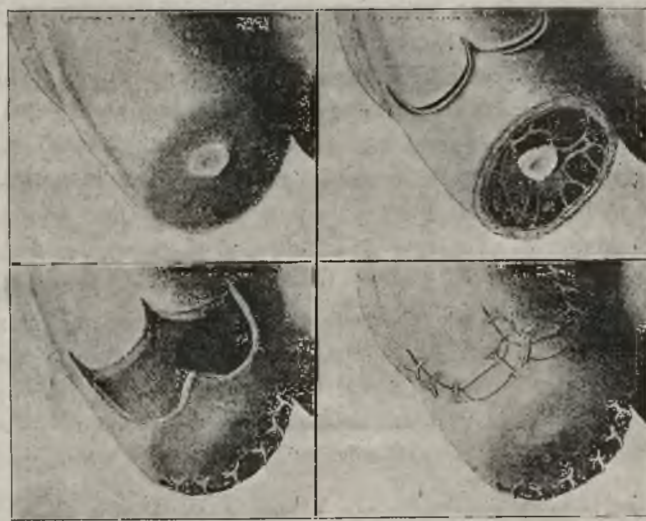
Na szczególną uwagę zasługują złamania kości udowej blizko stawu, zwłaszcza gdy szczeliny w kości sięgają aż do stawu, co nie należy do rzadkości. W takich przypadkach staramy się przez założenie wyciągu i odpowiednie traktowanie rany zapobiedz zropieniu stawów. To zadanie należy mieć już przy pierwszem zakładaniu opatrunku na uwadze. Jeżeli taka rana postrzałowa ulegnie zakażeniu, trudno uchronić od zakażenia staw.

W tych ciężkich przypadkach opatrunek wyciągowy okazuje szczególne zalety: 1) ułatwia odprowadzenie krótkich odłamków blizko stawu i utrzymanie ich w należytem ułożeniu; 2) dozwala na rozciągnięcie schorzałego stawu; 3) ułatwia leczenie miejscowe stawu, a więc okłady z płynu Burowa, kompresy, nakłucie i t. d.

O ile wystąpi zropienie stawu, mamy wówczas do wyboru otwarcie stawu (arthrotomia), wypiłowanie (resectio) resp. wyłuszczenie odłamanego końca stawowego i amputacyę. Po nacięciach stawów mieliśmy nieszczególne wyniki i dlatego w przypadkach złamań bardzo blizko stawu oddaję pierwszeństwo częściowemu wypiłowaniu (resectio partialis), polegającemu na wyłuszczeniu odłamanego końca stawowego; po tym zabiegu gojenie odbywa się bardzo dobrze. — Co prawda, to pozostaje bardzo znaczny nieraz ubytek kości, wywołujący znaczne skrócenie kończyny, o ile nie uda się wszczepić na to miejsce listwy kostnej lub też stawu całego według Lexera i Payra; pierwszy zabieg udaje się prawie zawsze zastosować i otrzymujemy tą drogą kończynę.

Obrażenia w okolicy stawu biodrowego są o wiele niebezpieczniejsze, aniżeli w okolicy stawu kolanowego, zwłaszcza, o ile mamy do czynienia z uszkodzeniem miednicy. W tych przypadkach wyższość wyciągu nad opatrunkiem gipsowym stwierdza się znakomicie.

W końcu pokrótce omówię sprawę amputacyi w przypadkach niepomyślnie przebiegających złamań postrzałowych uda. W ostatnich czasach coraz częściej z rozmaitych względów zalecano i wykonywano amputacyę cięciem okrężnem jednoczasowem; myśmy też tę operacyę wykonywali nieraz, np. przy ropowicy gazowej. Zaleciłbym jednak bardzo ograniczenie stosowania tej metody i sam też przeszedłem do cięcia płatowego z przekłuciem (Durchstechungsmethode); a to z tego względu, że nieraz zachodzi potrzeba wykonania reamputacyi po cięciu okrężnem i wtedy musimy poświęcać znaczne odcinki kości. Można co prawda przez naciąganie skóry, jakoteż i przez najrozmaitsze plastyki uniknąć reamputacyi. Niedawno (Münch. med. Woch. 1915 Nr 52) ogłosił Franke prosty sposób naciągania skóry na wysterczający stożkowato kikut. Ja również opisałem (Zentr. f. Chir. 1916 Nr 8 i Przegl. lek.) sposób mostkowego przeszczepiania skóry z przedniej powierzchni uda; ma on podwójną zaletę: 1) skraca czas leczenia, 2) pokrywa dolny odcinek kikuta nie blizną, ale zdrową prawidłową skórą. — Po okrwawieniu kikuta prowadzimy przez przednią powierzchnię uda, 12—15 ctm ponad raną, cięcie faliste. Mostek skórny oddzielamy na ostro lub na tępo od powięzi i nasuwamy go na okrwawioną powierzchnię poamputacyjną O ile kość



bardzo wystaje ponad części miękkie, można jej 1—2 ctm odpiłować i brzegi jej ostre i t. zw. osteofity wygładzić. Dolny brzeg płatu zeszywamy z tylnym brzegiem rany amputacyjnej, a ranę na przedniej powierzchni uda częściowo zmniejszamy szwami, częściowo pokrywamy płatkami Thierscha. W ten sposób powstają nieznaczne blizny z przodu i z tyłu po za płaszczyzną oparcia kikuta. W leczeniu następowem należy miesieniem, według zasad Hirscha, Honsla i Bungego, przyzwyczajać kikut do bezpośredniego obciążenia.

Wnioski:

1) Nie mieliśmy ani jednego przypadku niezakażonego zranienia postrzałowego kości udowej. Tak być nie może; wina tu leży w nieodpowiednio założonym pierwszym opatrunku i sposobie transportu.

2) Większość tych przypadków przybywała do naszego szpitala z haniebnymi wprost opatrunkami, bez należytego odprowadzenia, bez ustalenia, z zatamponowanemi ranami, bez sączków i t. d.

3) Zadaniem klinik i oddziału sanitarnego ministeryum wojny — lepiej przygotowywać służbę sanitarną i lepiej wyzyskiwać istniejące siły chirurgiczne, przynajmniej mieć spis lekarzy według zajęcia i odpowiednio rozdzielać: nie fizyologów, położników, ginekologów, dentystów do chirurgii, a chirurgów do badania lekko chorych (Marodenvisite) i t. d.

3) Do transportu trzeba będzie niestety i przy postrzałowych zranieniach kości udowej używać dalej i w przyszłości szyn. Trzeba jednak wyszukać najodpowiedniejsze, a za takie uważam szynę Cramer-Eiselsberga i w takie szyny o ile możności zaopatrzyć wszystkie oddziały sanitarne.

5) Rannych z postrzałowemi złamaniami kości udowej

należy jak najprędzej dostawiać do szpitali stałych, gdzieby mogli pozostać najmniej 6—8 tygodni.

6) Odpowiednio założony opatrunek wyciągowy jest w przeważnej części przypadków w początkach leczenia najlepszym, ponieważ:

a) przyczynia się do należytego ustawienia odłamków bez użycia brutalnej siły przy odprowadzaniu,

b) wystarcza dobrze założony do należytego i ciągłego ustalenia,

c) daje dobry przystęp do opatrywania ran nawet bardzo rozległych.

6) Po zlepieniu się kości złamanych, po oczyszczeniu się i zmniejszeniu ran jest prędzej lub później wskazane założenie opatrunku gipsowego, mianowicie przy zachodzącej potrzebie ewakuacyi (a nie odwrotnie — naprzód gips, a potem wyciąg).

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza w Krakowie. (Prym. Radca Dr A. Krokiewicz).

O wartości praktycznej metod badania chemizmu żołądka bez użycia zgłębnika

podała

Dr Helena Sokołowska.

W przypadkach, w których stosowanie zgłębnika u chorego napotyka na trudności, czy to wskutek jakiegoś przeciwwskazania, czy też oporu chorego, starano się zastąpić całkowite badanie treści żołądkowej sposobem, dozwalającym chociaż częściowo zbadać tę treść, stwierdzić przynajmniej obecność lub brak kwasu solnego wolnego, co zwłaszcza przy przypuszczeniu raka już samo przez się ma niepoślednie znaczenie.

W tym celu podano kilka metod, z których najwięcej znaną jest próba desmoidowa Sahliego. Polega ona, jak wiadomo, na tej zasadzie, że katgut ulega strawieniu tylko pod działaniem kwasu solnego i pepsyny, natomiast inne kwasy (jak mleczny) i trawienie jelitowe nie wpływają na strawienie katgutu. Wychodząc z tego założenia, stosuje Sahli pigułki, zawierające jako wskaźnik jod lub błękit metylenowy, owinięte w kofferdam i szczelnie zawiązane katgutem. Pigułkę taką podaje podczas zwykłego obiadu. W razie obecności kwasu solnego w żołądku katgut zostaje strawiony i jod lub błękit metylenowy wykazać można po pewnym czasie w ślinie lub moczu chorego.

Metoda ta, będąca według Sahliego próbą nietylko kwasu solnego wolnego, lecz w ogóle próbą prawidłowego trawienia żołądkowego, wzbudziła żywe zajęcie i wkrótce pojawił się cały szereg prac kontrolnych, które jednakże nie dały jednomyślnego wyniku. I tak gdy jedni, jak Eichler, Kühn, Kaliski, uważają próbę desmoidową za zupełnie pewną i gorąco ją polecają, to inni, jak Einhorn, Alexander, Schlesinger, odmawiają próbie tej wszelkiej wartości. Niepewność próby desmoidowej według tych autorów ma polegać na tem, że katgut w przypadkach zupełnego braku HCl może być strawiony również i przez sok jelitowy. Wprawdzie doświadczenia »in vitro« nie potwierdziły słuszności tego twierdzenia, jednakże Alexander i Schlesinger tłómaczyli ten fakt odmiennym przebiegiem spraw chemicznych w ustroju żywym, od przebiegu ich »in vitro«.

Wskutek rozbieżności sądów o wartości próby desmoidowej metoda Sahliego nie znalazła szerszego zastosowania.

Podano też i inne metody, lecz mniejszej wartości praktycznej, dlatego wspomnę o nich tylko pokrótce. I tak Edonder stosował gąbkę, uwiązaną na nitce, z której po wyciągnięciu z żołądka wyciskał sok żołądkowy. Späth zamiast gąbki stosował kuleczkę z rdzenia bzowego, napojoną rozczynem kongo i z zabarwienia wnosił o obecności wolnego kwasu solnego. W ostatnich czasach Schwarz zmodyfikował zarzuconą próbę Spätha.

Najwięcej zalet praktycznych zdaje się przedstawiać zdaniem mojem badanie żołądka zapomocą t. zw. gastrognostu Friedricha[1]). Badanie to wykonuje się w ten sposób, że nitkę, napojoną rozczynem kongo, a obciążoną kuleczką metalową, daje się połknąć choremu w 20 minut po śniadaniu próbnem, nitkę tę pozostawia się w żołądku przez pół godziny, poczem za wystający z ust koniec nitkę się wyciąga. Z zabarwienia dolnego końca nitki wnosi się o kwaśności żołądkowej, mianowicie przy braku HCl wolnego zabarwienie różowe nitki pozostaje niezmienione, w razie prawidłowej lub zmniejszonej kwaśności zabarwia się nitka mniej lub więcej niebiesko, a przy zwiększonej kwaśności zabarwia się ciemno-granatowo.

Mimo łatwego zastosowania próba Friedricha nie znalazła również jednomyślnego uznania. Zarzucono tej metodzie, że połykanie, a zwłaszcza powrotne wydobywanie gastrognostu sprawia chorym przykrość, a E. Schütz twierdzi nawet, że próba ta wogóle nie jest pewną.

Bardziej polecana jest metoda Fuldy, polegająca na tem, że po podaniu wodnego rozczynu sody, w razie obecności kwasu solnego wolnego słyszeć można w okolicy żołądka szmery, podobne do pękania pęcherzyków (Blasenknistern). Próbę Fuldy poleca między innymi Boas, jednakże nie można jej u każdego chorego stosować z powodzeniem, z przyczyn, które poniżej wykażę.

Wobec rozbieżnych do dzisiaj zdań co do wartości wyżej opisanych metod sądziłam, że wypróbowanie ich na większej liczbie chorych pozwoli na wyprowadzenie bardziej stanowczych wniosków co do praktycznej wartości tych prób. W 25 przypadkach stosowałam metody Sahliego, Friedricha i Fuldy i wyniki kontrolowałam w każdym przypadku badaniem chemicznem treści, wydobytej zgłębnikiem po śniadaniu próbnem.

Badania te dały wyniki, które uwidocznia następująca tabela (str. 98).

Jak z załączonej tablicy wynika, próba Friedricha dała we wszystkich przypadkach wyniki zupełnie zgodne z wynikiem badania chemicznego treści żołądkowej, wydobytej zgłębnikiem. Z zabarwienia nitki mniej lub więcej niebieskiego można było zawsze w przybliżeniu osądzić, czy kwaśność jest prawidłowa, nadmierna, lub też zmniejszona, w przypadkach zupełnego braku kwasu solnego wolnego zabarwienie nitki pozostawało zawsze niezmiennie różowe.

[1]) Gastrognosty wyrabia firma Poehl w Schönbaum koło Gdańska. Cena gastrognostu wynosi 1 K.

		Wynik badania chemicznego treści żołądkowej wydobytej przez zgłębnik.	Wynik próby desmoidowej Sahliego	Wynik próby Friedricha (gastrognost)	Rozpoznanie
1	W. F. l. 53	Na czczo nie wydobyto treści Po śniadaniu próbnem HCl wolny O, kwas mleczny +	Ujemny	Ujemny (zabarwienie nitki różowe)	Neoplasma ventriculi latens. Atherosis arteriarum
2	J. S. l. 52	Na czczo wydobyto ca 50 cm³ treści. HCl wolny 45°, ogólna kwaśność 60°. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 30°.	Dodatni (po 3 godzinach)	Dodatni (zabarwienie ciemno niebieskie)	Stenosis pylori post ulcus. Gastrectasia
3	T. Ł. l. 40	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 25°, ogólna kwaśność 36° Sanguis +	Dodatni (po 8 godzinach)	Dodatni (zabarwienie słabo niebieskie)	Insuff. m. cordis. Hyperaemia intestinorum
4	W. Ś. l. 51	Na czczo wydobyto ca 100 cm³ treści zastoinowej, HCl wolny O. Kwaśność ogólna 5°, kwas mleczny +. Po śniadaniu próbnem HCl wolny O, kwas mleczny + sanguis +	Ujemny	Ujemny (zabarwienie różowe)	Stenosis pylori neoplasmatica sbsq. gastrectasia
5	M. N. l. 19	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 30°, ogólna kwaśność 45°.	Dodatni (po 4 godzinach)	Dodatni (zabarwienie niebieskie)	Hysteria
6	A. P. l. 45	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny O, kwas mleczny O.	Ujemny	Ujemny (zabarwienie różowe)	Neoplasma latens ventriculi. Gastrectasia et gastroptosis
7	K. P. l. 21	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 90°, ogólna kwaśność 90°.	Dodatni (po 4 godzinach)	Dodatni (zabarwienie ciemno granatowe, prawie czarne)	Hyperaciditas
8	J. O. l. 50	Na czczo wydobyto kilka cm³ treści. HCl wolny O, ogólna kwaśność O. Po śniadaniu próbnem HCl wolny O, kwaśność ogólna O.	Ujemny	Ujemny (zabarwienie różowe)	Anachloridia
9	J. K. l. 55	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 45°, kwaśność ogólna 60°.	Dodatni (po 10 godzinach)	Dodatni (zabarwienie ciemno niebieskie)	Hyperaciditas
10	J. D. l. 25	Na czczo wydobyto ca 200 cm³ treści zastoinowej. HCl wolny 30°, kwaśność ogólna 50°. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 90°, ogólna kwaśność 95°.	Dodatni (po 8 godzinach)	Dodatni (zabarwienie ciemno granatowe, prawie czarne)	Catarrhus ventriculi acidus Gastrectasia. Stenosis pylori post ulcus
11	T. W. l. 20	Na czczo wydobyto około 10 cm³ treści. HCl wolny O, kw. ogólna O. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 15° kw. ogólna 30°, kwas mleczny —.	Dodatni (po 14 godzinach)	Dodatni (zabarwienie niebieskie)	Icterus catarrhalis. Tumor hepatis
12	K. S. l. 36	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 40°, ogólna kwaśnosć 60.	Ujemny	Dodatni (zabarwienie niebieskie)	Hysteria
13	M. M. l. 44	Na czczo wydobyto około 5 cm³ treści żołądkowej, obojętnie oddziałującej. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 25°, ogólna kwaśność 50°.	Dodatni (po 9 godzinach)	Dodatni (zabarwienie niebieskie)	Catarrhus ventriculi in alcoholico
14	S. J. l. 50	Na czczo wydobyto około 100 cm³ treści fusowatej. HCl wolny O, kw. ogólna 10°, kwas mleczny +, sanguis +. Po śniadaniu próbnem HCl wolny O, kwas mleczny +, sanguis +.	Ujemny	Ujemny	Neoplasma ventriculi. Peritonitis neoplasmatica. Cachexia
15	J. K. l. 46	Na czczo wydobyto 20 cm³ treści. HCl wolny 85°, kw. ogólna 90°. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 80°, kw. ogólna 100°.	Dodatni (po 3 godzinach)	Dodatni (zabarwienie prawie czarne)	Hyperaciditas
16	A. Ż. l. 33	Na czczo wydobyto około 100 cm³ treści zastoinowej, HCl wolny 35°, ogólna kwaśność 45°. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 50°, ogólna kwaśność 60°.	Dodatni (po 20 godzinach)	Dodatni (zabarwienie ciemno niebieskie)	Gastrectasia post stenos. post ulcus
17	K. B. l. 20	Na czczo nie wydobyto treści Po śniadaniu próbnem HCl wolny 60°, kwaśność ogólna 90°.	Dodatni (po 5 godzinach)	Dodatni (zabarwienie granatowe)	Hyperaciditas
18	A. S. l. 60	Na czczo wydobyto około 60 cm³ treści fusowatej, HCl wolny O, kwaśność ogólna 10°, kwas mleczny +, sanguis +. Po śniadaniu próbnem HCl O, kwas mleczny +, sanguis +.	Ujemny	Ujemny	Ca ventriculi. Carcinomatosis peritonaci et pleurae
19	M. M. l. 31	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 35°, ogólna kwaśność 60°.	Dodatni (po 11 godzinach)	Dodatni (zabarwienie niebieskie)	Cholelithiasis
20	T. P. l. 24	Na czczo wydobyto ca 100 cm³ treści. HCl wolny 10°. Kwaśność ogólna 20°. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 40°, kwaśność ogólna 65°.	Dodatni (po 16 godzinach)	Dodatni (zabarwienie niebieskie)	Tetania e gastrectasia
21	C. H. l. 46	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny O, kwas mleczny +.	Ujemny	Ujemny	Neoplasma ventriculi metastases hepatis. Icterus

		Wynik badania chemicznego treści żołądkowej wydobytej przez zgłębnik.	Wynik próby desmoidowej Sahliego	Wynik próby Friedricha (gastrognost)	Rozpoznanie
22	C. N. l. 15	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 45°, kwaśność ogólna 60°.	Dodatni (po 4 godzinach)	Dodatni (zabarwienie ciemno niebieskie)	Hysteria
23	M. G. l. 20	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 15°, ogólna kw. 25°.	Dodatni (po 6 godzinach)	Dodatni (zabarwienie blado niebieskie)	Hypaciditas. Polyarthritis. Endocarditis mitralis
24	Z. M. l. 30	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny O, kwaśność ogólna O.	Ujemny	Ujemny	Anachloridia. Anaemia.
25	J. S. l. 54	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny O, kwas mleczny +.	Ujemny	Ujemny	Ca ventriculi

Chorym pozwalałam zawsze popijać pigułkę przy połknięciu wodą, co, jak się okazuje, nie wpływało wcale na wynik próby, a miało ten dodatni wpływ, że chorzy z łatwością połykali gastrognost. Wydobywanie gastrognostu również nie sprawiało chorym żadnej przykrości, ani nie pobudzało do ruchów wymiotnych, mimo że wśród badanych chorych było kilka osobników o wzmożonej pobudliwości nerwowej, a nawet jeden chory na tężyczkę.

Próba Sahliego z wyjątkiem jednego przypadku (l. 12) wypadała również stale zgodnie z wynikami badania chemicznego treści żołądkowej, wydobytej zgłębnikiem. Do prób używałam pigułek, zawierających błękit metylenowy; zabarwienie moczu niebieskie występowało w razie obecności HCl wolnego w 3–20 godzin po zażyciu pigułki. We wspomnianym przypadku, gdzie próba desmoidowa wypadła odmiennie od wyniku badania chemicznego, chodziło o chorą, u której kwaśność po śniadaniu próbnem była prawidłowa, a próba desmoidowa, stosowana tego samego dnia podczas obiadu, dała wynik ujemny. Różnicy tej nie można sobie było tłómaczyć zmiennem wydzielaniem kwasu solnego, ponieważ kilkakrotne kontrolne badanie zgłębnikiem wykazywało zawsze obecność kwasu solnego nawet po słabo pobudzającem do wydzielania schematycznem śniadaniu próbnem; kwaśność więc po obiedzie, zastosowanym do apetytu, musiała być jeszcze znaczniejsza. Wynik ujemny próby Sahliego polegać mógł tylko na zwiększonej sprawności ruchowej żołądka, wskutek czego kwas solny zbyt krótko działał na katgut. Istotnie u chorej tej w $^1/_2$ godziny po śniadaniu treści z żołądka wydobyć już nie było można. Zapatrywanie to zgadza się zresztą zupełnie z poglądami samego twórcy metody, gdyż Sahli wyraźnie sam zaznacza, że próba ta jest zależna nietylko od chemizmu, lecz także od sprawności ruchowej żołądka. W żadnym przypadku nie mogłam natomiast stwierdzić, jak Alexander i Schlesinger, aby przy braku kwasu solnego (anachloridia) próba desmoidowa wypadła dodatnio czy to pod wpływem działania soku jelitowego, czy też wskutek działania kwasu mlecznego w żołądku.

Próbę Fuldy stosowałam w tej samej liczbie przypadków. U trzech chorych nie dało się zupełnie metody tej zastosować, gdyż osłuchiwanie żołądka przed użyciem sody wykazywało szmery i bulkotania. U jednej chorej z wadą serca udzielone szmery sercowe tak głośno były słyszalne w okolicy żołądka, że tłumiły wszelkie inne szmery; wreszcie w 2 przypadkach zmniejszonej kwaśności charakterystyczne pękanie pęcherzyków było tylko słabo i niewyraźnie zaznaczone.

Rozpatrując wyniki badań co do wartości stosowanych metod, należy odpowiedzieć na dwa zasadnicze pytania: 1) Której z trzech stosowanych metod, mających na celu oryentacyę w chemizmie żołądka, należy oddać pierwszeństwo? 2) Czy stosowanie tego rodzaju sposobów badania w ogólności należy uważać za postęp dyagnostyczny, zasługujący na rozpowszechnienie?

Co do pierwszego pytania podnieść należy zalety metody Friedricha, której tam, gdzie nie możemy użyć zgłębnika, należy się bezwarunkowo pierwszeństwo. Jak wspomnieliśmy, nie zawiodła ona ani razu; zaletę jej stanowi również względna taniość i oszczędność czasu, gdyż gastrognost dostajemy z fabryki gotowy do użycia.

Tuż obok postawić należy dobrze pomyślaną metodę desmoidową Sahliego. Ujemną stroną tej próby jest natomiast to, że sprawia ona dosyć dużo zachodu, mianowicie pigułki trzeba sobie przyrządzać samemu, do czego potrzebna jest pewna wprawa (zwraca na to uwagę Sahli), gdyż niewłaściwe zawiązanie katgutu może być przyczyną błędnych wyników. (Być może, że przypadki Schlesingera i Alexandra należy do tego odnieść). Zależność od jakości materyału, t. j. katgutu, a także konieczność badania czasem i kilku porcyi moczu, zanim się w nim stwierdzi obecność wskaźnika, utrudniają użycie tej metody. Ale nie na tem koniec. Tam, gdzie nie mamy zamiaru wogóle użyć zgłębnika, pozorna zaleta metody desmoidowej, polegająca na tem, że daje ona zarazem pojęcie o ruchowej sprawności żołądka, może stanowić równocześnie jej wadę, gdyż jak to z przypadku Nr 12 wynika, może ona dać wynik błędny wskutek wzmożonej czynności ruchowej żołądka. Rzecz ta nie jest bez znaczenia, gdy zważymy, że w początkowych stanach raka żołądka skutkiem niedomykania się odźwiernika żołądek niezwykle szybko się opróżnia. Oczywiście stosując jedynie próbę Sahliego, otrzymamy wynik dwuznaczny, niepodobna bowiem będzie orzec, czy ujemny wynik próby zależy od braku wolnego kwasu solnego. czy też od względnie krótkiego czasu, przez który kwas solny działa na katgut. Sądzę, że w tych razach wada znów się zamieni na zaletę, gdy w odpowiednich przypadkach skombinujemy obie metody: Friedricha i Sahliego. Odpowiedź wówczas nietylko nie będzie mogła wypaść dwuznacznie, ale nadto taka połączona metoda umożliwi zoryentowanie się bez zgłębnika nietylko w istnieniu lub braku kwasu solnego wolnego, lecz także w wykryciu ewentualnego wzmożenia czynności ruchowej żołądka. Jeśli bowiem próba Friedricha wypadnie dodatnio, a próba Sahliego ujemnie, to należy wnosić, że kwas solny wolny jest obecny, a czynność ru-

chowa żołądka wzmożona. Obie metody uzupełniają się więc niejako, tak że stosowanie we właściwych przypadkach obu metod dać może rozpoznawczo więcej, niż stosowanie tylko jednej.

Metoda Fuldy stoi, jak wynika z naszych doświadczeń, praktycznie niżej od metody Friedricha i Sahliego, tak, że z niemi współzawodniczyć nie może.

Odpowiedź na drugie z postawionych pytań, t. j. czy tego rodzaju metody są istotnym postępem w dyagnostyce i czy zasługują na rozpowszechnienie, zależy oczywiście od kąta, pod którym rzecz całą rozpatrujemy. Rozumie się samo przez się, że w badaniach ściśle naukowych metody te stosowane być nie mogą, jako mniej ściśle, a co ważniejsza jednostronne, gdyż dają nam tylko pojęcie o istnieniu lub braku kwasu solnego. Inaczej jednak w praktyce, gdzie prócz wskazań do równego głosu dochodzą przeciwwskazania. Badanie zgłębnikiem, jako niewątpliwie przykre, napotyka często na opór ze strony chorego, wskutek tego stosuje się je nieraz rzadziej, a przedewszystkiem później, niżby to robić należało, co gdy chodzi np. o raka żołądka, nie jest bez znaczenia. Pamiętać też należy, że zwłaszcza u chorych tej kategoryi, chorych, z natury rzeczy będących już w wieku późniejszym, występuje dosyć często ważne przeciwwskazanie do zgłębnikowania z powodu częstej miażdżycy, z czem również lekarz liczyć się musi, ograniczając ile możności przykry, a nieraz i nieobojętny dla chorego zabieg. Także obawa krwotoku z żołądka wstrzymuje niejednokrotnie od zgłębnikowania. Jeżeli zważymy, że właśnie przy podejrzeniu co do raka żołądka istnieją często powyżej wymienione przeciwwskazania i trudności w użyciu zgłębnika, że z drugiej strony właśnie przy tej chorobie wykazanie braku wolnego kwasu solnego samo przez się daje już rozpoznawczo wiele, to przyznać musimy, że pojawienie się tych metod należy uznać ze stanowiska czysto praktycznego za niewątpliwy postęp w dyagnostyce. Rozpowszechnianie tych metod jest tembardziej wskazane, iż równoczesne stosowanie systematycznego badania kału co do krwi utajonej i kontrola wagi chorego pozwoli nieraz względnie wcześnie rozpoznać nowotwór żołądka, gdyby tego rodzaju badanie, dla chorego zupełnie nieuciążliwe, stosowane było na szerszą skalę w każdym, chociaż tylko lekko podejrzanym przypadku.

Z powyższych spostrzeżeń i wywodów nie wynika bynajmniej, abyśmy mieli wartość metod tych przeceniać, względnie nie doceniać wyższości metod dokładniejszych. Wszak wykazanie zalegającej na czczo treści, jej wejrzenie, zapach, obecność w niej krwi, mikroskopowe badanie treści, tylko użycie zgłębnika umożliwia; jednakże metody te już przez to samo mają wartość niepoślednią, że w przypadkach bezwzględnego przeciwwskazania dają przynajmniej jeden rozpoznawczo ważny szczegół.

Streszczając, należy zaznaczyć, co następuje: Stosowanie metody Friedricha i Sahliego, względnie w pewnych przypadkach obydwu tych metod, powinno znaleść szersze zastosowanie, niż dotychczas bywało, gdyż metody te, dla chorego zupełnie niebolesne, dla lekarza (zwłaszcza metoda Friedricha) łatwe w wykonaniu, często praktycznie (zwłaszcza przy uwzględnieniu badania stolca i zachowania się wagi) są wystarczające i dają wyniki pewne. Mimo jednak użyteczności i celowości tych metod zachowują oczywiście dawne metody ściślejsze nietylko w badaniach naukowych, ale niejednokrotnie i w dyagnostyce praktycznej, swą moc obowiązującą.

O sztucznej odmie piersiowej.

Część I teoretyczna.

Przez

Dr Kazimierza Dłuskiego

Dyrektora Sanatoryum w Zakopanem.

(Ciąg dalszy).

Paradoksalne ruchy przepony.

Paradoksalne ruchy przepony (objaw Kienböcka) t. j. podnoszenie się podczas wdechu i opuszczanie się podczas wydechu, są objawem bardzo częstym, mającym za warunek pewne unieruchomienie przepony pod wpływem ciśnienia od góry, albo nawet wywrócenie, czyli wypuklenie ku jamie brzusznej. — Jakie są przyczyny? Zgody na tym punkcie niema. Wymienimy trzy, a mianowicie: 1) Ciśnienie w jamie brzusznej od strony zdrowej przy wdechu. 2) Skurcz przepony, który przy takiem jej ustawieniu, zamiast opuszczać, podnosi ją do góry. 3) Trzecia przyczyna, wedle teoryi Bittorfa, opartej na doświadczeniach u królików i u człowieka, polega na tem, że ciśnienie ujemne w jamie odmowej samo przez się zupełnie wystarcza dla wywołania objawu Kienböcka. — Zastanawiając się bliżej, trudno orzec, czy w danym przypadku działa jeden ze wspomnianych czynników, czy połączenie kilku lub wszystkich i w jakiej mierze. Sprawa nie jest ostatecznie rozstrzygnięta. — Łącznie z tem wymienimy objaw, spostrzeżony przez asystenta naszego sanatoryum, dr Rozpędzihowskiego, a mianowicie: zwiększenie stłumienia przy wysiękach w odmie, na dolnej tylnej granicy podczas wdechu i naodwrót, objaw niestały. Gdzie paradoksalne ruchy sprowadzone do minimum, tam dolna tylna granica pozostaje nieruchomą, jak przy szczelnych zrostach

Bliższe i dalsze skutki uciśnięcia płuca.

Przedewszystkiem wpływ uciśnięcia na oddychanie i krążenie. — Weźmy liczby. Największa pojemność płuc (vitale Kapazität) wynosi średnio 3500 cm^3. Przy spokojnym wdechu i wydechu podlega wymianie średnio 500 cm^3 czyli $^1/_7$ całej pojemności. Ponieważ powietrze zapasowe wynosi średnio 1500 cm^3, więc przy głębszem i częstszem oddychaniu jedno płuco teoretycznie powinno podołać sprawie utleniania powietrza w granicach dostatecznych dla potrzeb fizyologicznych. Praktyka harmonizuje z teoryą. Badania Cavallero i Riva-Rocciego u chorych na gruźlicę płuc, z odmą lub bez niej, albo na krupowe zapalenie płuc, wykazują, że ograniczenie powierzchni oddechowej do $^1/_3$ przy zachowaniu spokoju nie wpływa ujemnie ani na wentylacyę płuc, ani na chemizm oddychania. Badania Forlaniniego nad chemizmem oddychania u chorej z odmą od 8 lat wykazują, że odbywa się on prawidłowo i że płuca zachowały swą sprawność czynnościową. Przy powyższych obliczeniach przypuszczaliśmy, że płuco uciśnięte zupełnie nie odbywa swych czynnosci, klinika zaś wykazuje, że idealna odma z całkowitem uciśnięciem płuca nie jest rzeczą powszednią.

Przechodzimy do krążenia. Tu wyniki badań są wręcz sprzeczne. Już w 1855 Poiseuille wykazuje, że przy wdechu naczynia włoskowate w płucach wydłużają się, kaliber ich zwęża się, wskutek czego wynika utrudnienie w krążeniu. Ten stan naczyń włosowatych wykazał przed 6 laty Cloetta

na podstawie szeregu doświadczeń na zwierzętach (kotach, psach i królikach), popartych badaniami składu chemicznego krwi, oraz badaniami drobnowidowemi preparatów z uciśniętego i nieuciśniętego płuca; doszedł on do wniosku, że płuco uciśnięte jest lepiej ukrwione. Dawniej takie zapatrywanie wyrażali Quincke, Lichtheim i Zunz (przytoczeni przez Meyersteina), a w ostatnich latach Meyerstein i Sackur.— Brauer i jego szkoła zajmują wręcz przeciwne stanowisko. O. Bruns (klinika Brauera) badał zapomocą metody kolorymetrycznej ilości krwi w obu płucach królika i doszedł do wniosku, że po wytworzeniu otwartej chirurgicznej odmy w ciągu 10 sekund do 10 minut jest ilość krwi w uciśniętem płucu wybitnie mniejsza, niż w nieuciśniętem. Tak samo — wedle niego — dzieje się w odmie zamkniętej już po upływie doby. Wyniki badań Brunsa, których dokładność mocno kwestyonuje Cloetta, są punktem wyjścia dla Brauera w ocenie ważnych zjawisk klinicznych. Zarówno Brauer, jak Forlanini twierdzą, że przekrwienie drugiego płuca, gdy jest ono zdrowe lub lekko zmienione, wywiera na nie wpływ dodatni. Fakty kliniczne przemawiają za i przeciw tej drugiej teoryi. — Niewiadomo więc, która z nich dwóch, — czy lepsze ukrwienie uciśniętego czy też nieuciśniętego płuca, — jest słuszna, zwłaszcza, że obie opierają się na doświadczeniach. — Mamy liczne szeregi przypadków, gdzie odma, przy szybko postępującej sprawie rozpadowej, daje trwałe dodatnie wyniki, choć i drugie płuco było wyraźnie zmianami dotknięte; mamy i wręcz przeciwne przypadki, również częste. — Sprawa staje się powikłaną, gdyż wchodzą tu w grę zbyt różne czynniki biologiczne, aby można było rzecz przez większe ukrwienie, czy »zniedokrwienie« w prostej linii wyjaśnić. Już wyrównawcza oddechowa czynność zdrowego płuca, — przyjmując zgodnie z Brauerem, że idzie ona w parze z lepszem jego ukrwieniem — nasuwa poważne wątpliwości. Wedle badań Tendeloo, największe ilości krwi i limfy dostają się przy oddychaniu do najbardziej rozszerzalnych części płuc, t. j. do części zewnętrzno boczno-tylnych i dolnych. Hymans, opierając się na zdaniu Tendeleo i na swych własnych spostrzeżeniach klinicznych, wyraża obawę, że przy wyrównawczem działaniu zdrowego płuca jady gruźlicze ze środkowych jego części — (które, jak wykazuje rentgenoskopia, bardzo często pierwotnie są dotknięte) — mogą być przeniesione do części obwodowych«. Sorgo przytacza własne przypadki z niewielką sprawą szczytową w nieuciśniętem płucu, stwierdzoną fizycznie i rentgenologicznie, gdzie po 8 miesiącach pomyślnego przebiegu odmy następowało pogorszenie i szybki rozwój gruźlicy w tem właśnie nieuciśniętem płucu. Zachodziłaby więc konieczność stwierdzenia, że nieuciśnięte płuco jest istotnie zdrowe, co jest rzeczą niezmiernie trudną, a dalej — konieczność określenia granic jego zdolności wyrównawczej, czego ani teorya, ani praktyka ustalić dotąd nie zdołały.

Również zawikłane jest działanie odmy na czynność serca. Szkoła Brauera twierdzi stanowczo, że przy zamkniętej odmie serce nie ulega zmianom czynnościowym. Anatomia patologiczna zaprzecza takiemu twierdzeniu. O. Bruns zapomocą wagi wykazał przerost komory prawej u psów, królików i kóz przy zamkniętej odmie, trwającej od 3—5 miesięcy. Również znalazł on trzechkrotne rozszerzenie prawej komory serca u psa, któremu wpuścił w uśpieniu odrazu $1^1/_4$ litra azotu do opłucnej i wywołał natychmiastową śmierć. Sekcye stwierdzają przerost komory prawej u chorych ludzi, i to u takich, gdzie przed wytworzeniem odmy płucnej nie było żadnych objawów przerostu, czynność zaś serca pozostawała prawidłową. Przejdźmy do przypadków różnych badaczy. Carlström: zejście po 2 miesiącach odmy; znaczne rozszerzenie i przerost komory prawej bez żadnej anatomicznej zmiany zastawek i ujść. Hymans: zejście po 37 dniach odmy; prawy przedsionek rozszerzony, prawa komora trochę mniej. Weiss: rozszerzenie komory prawej; bliższych szczegółów brak. A. Schmidt: po 20 dniach odmy: przerost i mierne rozszerzenie serca prawego u 32-letniego chorego, u którego za życia oprócz obustronnej gruźlicy płuc »inne narządy nie przedstawiały zmian«.

Saugmann zajmuje odrębne stanowisko, twierdząc, że wyrównawczy przerost prawej komory serca jest do pewnego stopnia objawem pomyślnym i tylko w takim razie staje się szkodliwym, gdy przy leczeniu odmą, drugie płuco ciężko jest dotknięte. — Twierdzenie swoje popiera Saugmann wynikami sekcyi u chorych, leczonych sztuczną odmą i zmarłych wskutek ciężkiego schorzenia drugiego płuca. — Przyczyna przerostu leży bezwątpienia w nadmiernej pracy prawego serca, ale dlaczego u jednych chorych przy odmie następuje taka zmiana, u drugich nie, wyjaśnić trudno. Fakt jednak pozostaje faktem i nie wolno, jak to czyni Brauer, przechodzić nad nim do porządku dziennego.

Z drugiej znów strony działanie dodatnie odmy na sprawę krążenia jest zupełnie pewne. Widzimy jako zjawisko bardzo częste, już w kilka dni po wytworzeniu odmy, upadek tętna, np. ze 120 do liczby prawidłowej, co tłumaczy się ogólnem »odtruciem« ustroju. — Zdarzają się znów przypadki bradykardyi, tętno n. p. 50, które przy lewostronnej odmie, Brauer usiłuje wytłumaczyć przez ucisk na nerw błędny. Tłumaczenie zanadto ogólnikowe, skoro przy znacznem, zupełnem nawet przesunięciu się śródpiersia w jedną, lub drugą stronę uderza ta właśnie okoliczność, że czynność serca pozostaje prawidłową.

Przechodząc dalej do działania odmy na ustrój, postaramy się, o ile możności, rozpatrzeć przyczyny całego szeregu objawów, jak zmniejszenie kaszlu i wydzieliny, spadek ciepłoty, polepszenie objawów podmiotowych, jak stan ogólny, sen, apetyt i trawienie i t. d.

Zmniejszenie wydzieliny i kaszlu da się wytłumaczyć mechanicznie i fizyologicznie, a mianowicie przez ucisk płuca i ograniczenie jego czynności, czyli sprowadzenie narządu oddychania do względnego spokoju, następnie przez zmniejszenie szkodliwych czynników, pochodzących z zewnątrz (pył, drobne cząstki organiczne lub nieorganiczne i t. d.) oraz — i to może najważniejsze — zmniejszenie ilości toksyn, pobudzających do wydzieliny i do kaszlu. Z drugiej strony, również mechanicznie, przez wyciśnięcie da się wytłomaczyć znaczne zwiększenie wydzieliny, a z nią i kaszlu, w najbliższych godzinach i dniach po wytworzeniu odmy. — Inne ujemne objawy, jak np. bóle w klatce piersiowej, dadzą się wytłumaczyć rozciąganiem zrostów, ustępują bowiem po ich rozluźnieniu, co stwierdzono zapomocą promieni Röntgena. — Mierna duszność w niektórych przypadkach ma za przyczynę zbytnie ciśnienie, ustępuje bowiem po wypuszczeniu pewnej ilości gazu. Bywa jednak raptowna silna duszność, połączona z sinicą i drobnem tętnem; ustępuje ona również po wypuszczeniu gazu i ma prawdopodobnie za przyczynę ucisk pasm zrostowych na duże naczynia.

Spadek ciepłoty, czasem bardzo szybki i bardzo znaczny, oraz polepszenie objawów podmiotowych, czasem również bardzo szybkie i bardzo znaczne, dadzą się wytłumaczyć przez ogólne »odtrucie ustroju«. Anatomia patologiczna wskazuje nam tu drogę. Bruns stwierdził przy zamkniętej odmie u królików (czas trwania 1—92 dni) znaczne rozszerzenie naczyń limfatycznych w przegrodach płucnych i w opłucnej. — To samo stwierdzili różni badacze na sekcyach u ludzi: Kistler, Hymans, Warnecke i t. d. Rozszerzenie naczyń limfatycznych tłumaczy nam zwolnienie obiegu jadów gruźliczych, zmniejszone ich wsysanie, a więc i dodatnie skutki dla ustroju. Ale tłumaczenie nie jest tak proste, jakby się na pozór wydawać mogło. Shingu w swych doświadczeniach na królikach, u których wytwarzał odmę zamkniętą po wziewaniu sadzy, zauważył był, że komórki obładowane sadzą przenikały do tkanki łącznej obficiej, niż w płucu nieuciśniętem i napełniały drobne śródmiąższowe grudki limfatyczne w płucach, jak też gru-

czoły chłonne oskrzelowe, również obficiej, niż w drugiem płucu[1]).

Różni autorowie, przenosząc takie wyniki na człowieka, zapytują, czy na tej drodze, pomimo miejscowego zastoju limfy, nie mogą się roznosić jady po ustroju, tembardziej, że przy wydechu uciśnięte płuco nie może uwolnić się od ciał obcych. Graetz wyraźnie powiada: »Nie wolno zapominać, że właśnie w tem łatwem przenikaniu ciał obcych do szczelin limfatycznych leży niebezpieczeństwo rozpowszechnienia sprawy gruźliczej w ustroju«. Zastój więc w krążeniu limfy wydaje się bronią obosieczną, a sprawa odtrucia ustroju na tej drodze dość zawikłaną. Jak np. wytłumaczyć nieprawidłowy przebieg ciepłoty? Spada ona, jak wyżej podnieśliśmy, szybko i znacznie, i to często zaraz po wytworzeniu odmy; przy dalszych napełnianiach jednak nieraz podnosi się i przebieg jej bywa bardzo fantastyczny, nie równoległy do stopnia ucisku płuca. Wedle teoryi Brauera, przy coraz większym zastoju limfy powinnaby ciepłota coraz bardziej spadać. Tymczasem obfity materyał kliniczny wykazuje przebieg jej po linii mocno krzywej, wahania zaś nie dadzą się dostatecznie uzasadnić na tle całego przebiegu odmy.

Również niejasno przedstawia się sprawa trawienia, a łącznie z nią zachowanie się wagi ciała. Apetyt i trawienie, jak wyżej wspomnieliśmy, poprawiają się czasem bardzo szybko i wybitnie. Zdarzają się jednak, i to nierzadko, objawy niestrawności (dokuczliwe bóle w żołądku, wzdymania, odbijania i t. d.), które niektórzy usiłują wyjaśnić przez ucisk przepony na wątrobę lub żołądek, albo jako niestrawność nerwową (»Vagusdyspepsie« Brauer). Natężenie jednak tych objawów nie stoi w prostym stosunku do ucisku, zaś »Vagusdyspepsie« wydaje się nam zbyt dowolnem tłómaczeniem. Nie mamy dotąd dokładnych badań sprawności ruchowej i chemicznej żołądka na większym materyale chorych z odmą. Sądzimy, że badania takie z uwzględnieniem ujemnej strony zastoju limfy mogą dać klucz do wyjaśnienia tej sprawy.

Co się tyczy wagi, wiadomo, iż przy w y ł ą c z n e m klimatycznem leczeniu w sanatoryach zwiększa się ona u tysięcy chorych, a więc może służyć, jako wskaźnik poprawy zdrowia. Przy odmie u wielkiej liczby chorych zachowuje się waga nader nieprawidłowo. Gdy np. przebieg leczenia jest pod każdym względem bardzo pomyślny, waga przez długie okresy czasu spada, lub waha się nader fantastycznie, a czasem nawet po wyleczeniu nie wraca do tej, jaką była p r z e d odmą. Charakterystyczny przykład u Brauera. Ciężko chora od lat 5, wyleczona w 2 lata od wytworzenia odmy; utrata wagi wynosi $7^1/_2$ kg. — Sorgo zauważył spadek wagi u $70^0/_0$ wśród swych chorych. Zjawiska takie ani brakiem łaknienia, ani zaburzeniami w odżywianiu się, wytłómaczyć się nie dadzą. Przyczyny są dotąd nie zbadane.

Z kolei poruszymy jedno z najważniejszych następstw ucisku płuca, a mianowicie znikanie laseczników gruźliczych. Niemal jednozgodnie klinicyści, stosujący odmę sztuczną, stwierdzają, iż laseczniki giną w większym stopniu, niż przy leczeniu klimatycznem, połączonem nawet ze swoistem. Nie może być sporu na tym punkcie, że sprawdzianem wyleczenia gruźlicy jest stałe zniknięcie prątków. Należy tylko zrobić tu zastrzeżenie, aby zniknięcie było istotnie stałe. Klinika bowiem daje nam przykłady, że u ludzi »wyi swoistych nieubłaganie naprzód, zostają w swym rozwoju dzięki odmie wstrzymane. Popatrzmy, co nam dają sekcye. Z dostępnego piśmiennictwa mamy tylko 30, z których da leczonych« i od szeregu lat zdolnych do pracy, pokazują się na nowo laseczniki i włókna sprężyste, czasem w znacznej ilości.

Pytanie, jakie są przyczyny znikania prątków gruźliczych przy odmie? Przedewszystkiem te same. co przy zwykłem leczeniu klimatycznem. Tu, jak nas poucza klinika, następuje naprzód odtrucie ustroju, uwolnienie go od dokuczliwszych objawów zatrucia, czyli polepszenie stanu chorego, dzięki większemu lub mniejszemu uodpornieniu ustroju przeciw toksynom. Przy zmienionych tym sposobem warunkach biologicznych, stanowi ustrój grunt mniej podatny dla rozwoju prątków. W gruźlicy, jak i w każdej innej sprawie zakaźnej, chodzi głównie nie o ilość zarazków na początku schorzenia, — o ile ustrój jest zdolny uporać się z niemi, — lecz o te ilości, które powstają przy ich szybkiem rozmnażaniu, a także o ilości wydzielających się z nich endotoksyn lub egzotoksyn. Ustrój przyjmuje zarazki; te rozmnażają się, wydzielają coraz większe ilości trucizn w pewnych możliwych dla jego istnienia granicach, ustrój zaś oddziaływa na nie wytwarzaniem odpowiedniej ilości odtrutek. Przy leczeniu odmą sprawa ta odbywa się w przyspieszonem tempie. Zaznaczyliśmy już wyżej, że różne objawy zatrucia, dzięki zastojowi limfy, znikają, czasem dość szybko. Możemy więc powiedzieć, że dynamika ma wpływ na powikłane sprawy biologiczne.

Ale obok tego czynnika, wpływającego hamująco drogą pośrednią na rozwój lasecznika, mamy jeszcze dwa inne, natury fizyologiczno-biologicznej, powstałe także na drodze mechanicznej, ale działające bezpośrednio. Ucisk płuca pociąga bowiem za sobą w prostej linii dwa następstwa: Stwardnienie tkanki płucnej i zmniejszenie się ilości tlenu, nietylko w całej rozciągłości narządu oddechowego wskutek mniejszego dostępu powietrza, ale wszędzie w tkance płucnej wskutek zmniejszenia się ilości tlenu we krwi[2]). W tkance zaś znajduje się główne siedlisko prątków. Samo stwardnienie tkanki, przechodzące, jak wskazujemy niżej, stopniowo w jej zbliznowacenie, przedstawia grunt niepodatny dla rozwoju prątków. Brak tlenu działa hamująco na rozwój laseczników, będących z natury swej tlenowcami. Tym sposobem sztuczna dynamika stwarza podłoże biologiczne, nieprzyjazne we wszelkich kierunkach dla rozwoju lasecznika.

Jeszcze słowo o hypotezie Dausa w tej sprawie. Opierając się na znanych badaniach Auclaira, który twierdzi, że z lasecznika można otrzymać dwie części składowe: wyciąg chloroformowy, wywołujący rzekomo przemianę włóknistą, i eterowy, wywołujący w tkance płucnej zserowacenie, przypuszcza Daus, że brak tlenu wywołuje rozpad lasecznika, przyczem części zdolne do życia tylko w tlenie. giną, beztlenowe zaś rozwijają się i wytwarzają zmiany włókniste.

Ostateczne skutki uciśnięcia płuca.

Przechodzimy do ostatecznych skutków anatomicznych, gdzie głos rozstrzygający ma anatomia patologiczna. Zauważmy, że wedle Brauera, Beneckego, Graetza, Siliga i innych, silny rozrost tkanki łącznej następuje pod wpływem nagromadzenia większej ilości toksyn na mniejszej przestrzeni. Toksyny mają odgrywać rolę bodźca w tej sprawie. Powstają tu odrazu następujące pytania: W jakiej mierze i w jakich postaciach gruźlicy sprzyja odma rozwojowi tkanki łącznej, pomagając samorodnemu przebiegowi sprawy? Czy rozwój jej jest zależny od czasu trwania ucisku? Czy powstrzymuje wytwarzanie się świeżych gruzełków płucnych? Czy rozwój ten nie przynosi ujmy czynności płuc?

Już z góry w niektórych przypadkach klinika sprawę tę rozstrzyga. Widzimy bowiem, że sprawy rozpadowe, posuwające się pomimo wszelkich środków klimatycznych

---

[1]) Zwolennicy odmy »bez zastrzeżeń« powołują się nawet na badania Piggera nad wskaźnikiem opsonicznym, który rzekomo ma się zwiększać przy każdem napełnianiu. Przy bliższem jednak rozpatrzeniu jego tablic, dotyczących nota bene tylko 5 chorych, — związku przyczynowego dopatrzeć się trudno. Zauważmy nadto, że Courmont (cyt. przez Dumaresta) w swych badaniach nad aglutynacyą przy odmie nie może dojść do żadnego określonego wniosku z powodu nieprawidłowości wahań.

[2]) Sackur wykazał w swych doświadczeniach nad otwartą chirurgiczną odmą u królików, że ilość tlenu w tętnicy szyjnej mocno spada.

się zużytkować tylko 21 [1]) (reszta niekompletne). Jako ilustracyę pomyślnych zmian anatomicznych pod wpływem odmy, przytaczamy jeden z 3 przypadków Graetza (klinika Brauera). Na jego bowiem sekcyjne wyniki zwolennicy odmy »bez zastrzeżeń« chętnie się powołują, jako na argumenty dowodowe.

Przypadek Graetza dotyczy 20-letniego mężczyzny, chorego od 4 lat, z dużemi zmianami naciekowo-rozpadowemi w płucu prawem, małemi w lewym szczycie, nadto gruźlica krtani; zejście śmiertelne w 53 dni po odmie. Przy sekcyi znaleziono: Prawe płuco wielkości 2 pięści, zupełnie bezpowietrzne, zbitości mięśnia. W górnym płacie jama, długości 7 cm, o brzegach ściśle przylegających, dokoła tkanka zbita, jak mięsień. Tkanka płatu środkowego takasama. W dolnym płacie liczne gruzełki w środku zserowaciałe, otoczone tkanką włóknistą. Opłucna na całem płucu zgrubiała, włóknista. Obraz drobnowidowy: Już pod lupą widać silny rozwój tkanki łącznej, częściowo zupełnie bliznowatej. Pęcherzyki do tego stopnia uciśnięte, że tylko miejscami można rozpoznać ich dawną budowę. W uciśniętej tkance duża ilość zserowaciałych w środku guzków, otoczonych torebką ze starszej lub młodszej tkanki łącznej. Cienkie pasemka tkanki łącznej przecinają zserowaciałą masę we wszelkich kierunkach. Dokoła dużych naczyń i oskrzeli duże twarde ogniska włókniste. Miejscami ogniska zapalenia płuc, ale i tu widać wyraźną organizacyę przez młodą tkankę łączną. Od zwyrodniałej włóknisto opłucnej wnikają w płuco twarde pasma tkanki łącznej.

Podobny obraz u Burchardta po 9-miesięcznej pomyślnej odmie; zejście śmiertelne wskutek grypy. Autor ten powiada: »Badanie mikroskopowe przemawia za istotnem anatomicznem wyleczeniem«. — W przypadku Forlaniniego, — zejście wskutek krupowego zapalenia zdrowego płuca, w 2 lata po zakończeniu leczenia odmą, przy zupełnej przez ten czas zdolności do pracy. Autor ten powiada: »Płuco zamienione w zbitą tkankę bliznowatą, w której znajdują się otorbione stare ogniska serowate«.

Przytoczyliśmy wyniki Graetza, jako wzór dodatni. — Nim przejdziemy do innych sekcyi, zauważmy, że wzór ten traci na swej wartości, gdyż w drugim przypadku Graetza, gdzie odma trwała $6^1/_2$ miesięcy, (a nie 53 dni), Graetz stwierdza znacznie mniejszą skłonność do tworzenia się tkanki łącznej i usiłuje wytłomaczyć sprzeczności między czasem trwania ucisku, a rozrostem tkanki łącznej, zakażeniem mieszanem, co za dowód uważać chyba trudno. Sprawa działania ucisku nie jest tak prosta, jakby się zdawać mogło. Muszą tu wchodzić w grę różne czynniki biologiczne, których natury bliżej nie znamy. Klinika wskazuje nam z jednej strony, że ciężko chorzy doznają pod wpływem odmy uderzającej poprawy, odzyskują z biegiem czasu zdolność do pracy. U lżej chorych natomiast, nawet po wybitnej początkowo poprawie, następuje pogorszenie, najczęściej drugiego płuca, idące nieubłaganie naprzód. I tu pomijamy przypadkowe powikłania, naprzykład raptowny krwotok, sprawa gruźlicza w innych narządach lub ostre niegruźlicze zakażenia. Nie! Chodzi o rozwój sprawy gruźliczej w płucach na tle czysto indywidualnem, na gruncie mniejszej odporności ustroju, gdzie odma nie zdoła postawić tamy temu rozwojowi. Tego punktu widzenia zapoznawać nie wolno.

Przechodzimy po tych zastrzeżeniach do innych wyników sekcyi.

Keller: Odma zupełna, trwa 8 miesięcy. W 3 miesiące po wytworzeniu odmy wysięk i odtąd gorączka, zwrot ku gorszemu. Zejście wskutek pogorszenia w uciśniętem płucu, nadto gruźlica nerek i jelita. Makroskopowy wynik badania podobny, jak u Graetza, ale drobnowidowo: »nie jest pewnem, czy ilość tkanki łącznej jest większa, niż bywa w ciężkiej gruźlicy bez odmy«.

Hymans, dwa przypadki: I. Prawie całkowita prawostronna odma; na początku przebieg pomyślny. Przyczyna zejścia po dwóch miesiącach odmy: pogorszenie w uciśniętem płucu i schorzenie drugiego płuca przedtem zdrowego. Sekcya: sporo tkanki łącznej, lecz obok niej »liczne, całemi grupami młode gruzełki«. »Sprawa więc w uciśniętem płucu — powiada Hymans — nie wstrzymana, rozszerzyła się na całe lewe, przedtem zdrowe płuco«. — II. Prawie całkowita lewostronna odma. Zejście w 37 dni od wytworzenia odmy. Przy sekcyi, płuco bezpowietrzne, ale mało nowej tkanki łącznej i »nigdzie niema wyleczonych ognisk bliznowatych«. Nadto liczne świeże gruzełki w płucu prawem. Hymans powiada, że drugi przypadek jeszcze wyraźniej niż pierwszy wskazuje, iż szybki rozwój sprawy, zarówno w chorem, jak i zdrowem płucu, nastąpił w związku z odmą, jeśli nie »propter«, to w każdym razie »post«.

Kistler: Odma prawostronna całkowita, trwa 9 miesięcy. Zejście śmiertelne wskutek krwotoku z jamy, niedostatecznie uciśniętej. Obraz podobny do pierwszego przypadku Graetza, ale »w bliznowato zwyrodniałych częściach płuc sprawa rozpadowa«; nadto »w nieuciśniętem płucu świeże gruzełki«.

Saugmann, dwa przypadki: I. Całkowita lewostronna odma, trwa $1^1/_2$ roku. Przez ten cały czas przebieg leczenia pomyślny; zejście przypadkowe, spowodowane krwotokiem przy resekcyi III żebra celem rozluźnienia zrostu szczytowego. Sekcya: Względnie niewielki rozwój tkanki łącznej, jaki bywa przy przewlekłej niedodmie, nigdzie niema świeżej sprawy. — II. Klinicznie w całem prawem płucu naciek i rozpad, w lewem płucu dość znaczne zmiany; gruźlica krtani. W ciągu paru miesięcy po wytworzeniu odmy całkowitej prawostronnej, poprawa. Zejście śmiertelne w $5^1/_2$ miesięcy po wytworzeniu odmy wskutek raptownego pogorszenia się sprawy w krtani i nacieku zapalnego w lewem płucu. Sekcya: Makroskopowo i mikroskopowo w prawem płucu znacznie więcej tkanki łącznej, niż w poprzednim przypadku, gdzie odma trwała przeszło 3 razy dłużej. W lewem płucu obok częściowego nacieku zapalnego odoskrzelowego (bronchopneumonia), świeży wysiew w tkance płucnej. Saugmann, zastanawiając się nad tą ilościową różnicą tkanki łącznej, w odwrotnym stosunku do czasu trwania ucisku, przypisuje przyczynę samemu charakterowi sprawy, w pierwszym przypadku z małą skłonnością do rozwoju tkanki łącznej, w drugim naodwrót. Słusznie też wnosi: »Jedynie leczeniu odmą nie można przypisywać rozwoju tkanki łącznej«.

Przechodzimy wreszcie do ostatniego pytania, dotyczącego możliwego ujemnego działania rozwoju tkanki łącznej na czynność płuca uciśniętego. Jak wyżej mówiliśmy, wedle Forlaniniego i jego szkoły, cała powierzchnia oddechowa może być sprowadzona do $^1/_3$ bez ujmy dla tej czynności. Forlanini w przytoczonym poprzednio przypadku, gdzie po 8-letniej lewostronnej odmie okazała się potrzeba założenia jej z prawej strony, powiada, że po tak długim przeciągu czasu może nastąpić »ponowne rozciągnięcie się płuca i powrót jego czynności, co daje właśnie możność wytworzenia drugiej odmy«. Pytanie jednak, czy można to uważać za ogólną regułę?

Już przed 29 laty stwierdził Dunin u kota po 2-miesięcznym ucisku płuca i u człowieka po $1^1/_2$-miesięcznym silny rozrost tkanki łącznej dokoła naczyń i oskrzeli większego i mniejszego kalibru, przy zupełnem zapadnięciu się (atelectasis) pęcherzyków i wyraził zdanie, że: »ucisk wcale nie jest obojętny dla płuca, gdyż przy dłuższem trwaniu zmienia się zupełnie jego budowa anatomiczna; przy krótszem zaś, zapalenie tkanki łącznej dokoła oskrzeli może być bodźcem do marskości płuca, nawet wtedy, gdy jest zupełnie rozszerzalne«. Nowsze badania anatomo-patologiczne płuc z odmą sztuczną u wierząt i u ludzi potwierdzają ten pogląd. — Kauffmann stwierdził na sekcyi u psa po $5^1/_2$-miesięcznej zamkniętej sztucznej odmie, wytworzonej przy zdrowym stanie płuc i innych narządów, co następuje: »Rozwój tkanki włóknistej dokoła naczyń, oskrzeli, w przegrodach, a szczególnie w opłucnej. Światło pęcherzyków wszędzie zwężone, zawiera złuszczone nabłonki, ścianki ich zgrubiałe, zawierają miejscami nacieki«. Stąd wnosi Kauffmann, że »taki rozwój tkanki łącznej musiał przeszkadzać rozszerzeniu się płuca i wtórnie doprowadzić do nieżytu w pęcherzykach. Niedodma stanowi więc dla zdrowego przedtem płuca uszkodzenie jego budowy i jego czynności«. Analogiczny wniosek wygłasza Bruns na podstawie licznych sekcyi, wykonanych na królikach.

Burchardt w przypadku wspomnianej wyżej sekcyi

---

[1]) Na 25 zejść w materyale Brauera i Spenglera, wynoszącym 102 chorych, znajdujemy tylko 10 sekcyi, w tej liczbie miarodajnych tylko 7.

z »anatomicznem wyleczeniem«, gdzie ucisk większych i drobnych naczyń i oskrzeli oraz ich zarośnięcie odbywa się nietylko w chorych częściach płuca, ale i »w zdrowym zresztą dolnym płacie« powiada, że »zmiany te mogą przeszkadzać rozszerzaniu nietylko chorych, ale i zdrowych części płuca«. Zupełnie podobne poglądy, opierając się na wynikach sekcyi u ludzi, wypowiadają: Saugmann, Weiss, Warnecke. — Wnioski z przytoczonych faktów nasuwają się same przez się.

Pozostawiliśmy do osobnego rozpatrzenia dwa ważne, wprawdzie zupełnie różnorodne, powikłania, odgrywające niepoślednią rolę w odmie: zator gazowy i wysięki opłucnej.

(Dokończenie nastąpi).

Choroba Heine-Medina czyli nagminne rdzeniowe porażenie dziecięce

napisał

Dr Sz. Starkiewicz (Dąbrowa).

(Dokończenie).

Po okresie zwiastunów następuje okres porażeń. Zależnie od początkowego przebiegu choroby (wzgl. okresu zwiastunów) i od powstających następnie porażeń, odróżnia Wickman 8 postaci nagminnego ostrego rdzeniowego porażenia dziecięcego: 1) rdzeniową (poliomyelityczną); 2) przebiegającą jak porażenie (wstępujące lub zstępujące) Landryego; 3) opuszkową; 4) mózgową; 5) bezładową, (ataktyczną); 6) polineurytyczną (zapalenie wielu nerwów); 7) oponową, rozpoczynającą się jak zapalenie opon mózgowych; 8) poronną, kiedy choroba rozpoczyna się jak zapalenie przednich rogów rdzenia, niema jednakże porażeń lub jedynie stwierdzamy n. p. porażenie jednego tylko jakiegoś nerwu. Same te nazwy mówią już do pewnego stopnia, jakie objawy poraźne mogą wystąpić w chorobie Heine-Medina, w jakiej części układu nerwowego sadowią się w rozmaitych przypadkach zmiany chorobowe i jaki mniej więcej jest przebieg każdej z tych postaci. To też ze względu na miejsce ograniczone nie powtarzam wielu wiadomości, dotyczących każdej z tych postaci; znaleźć je można w pracach polskich: Bychowskiego: »Choroba Heine-Medina« (Odczyty kliniczne Nr 223—224 i 225 r. 1912), Biehlerowej (Międzynarodowy Zjazd pedyatryczny w Paryżu 1912 r.) i prof. Korczyńskiego (Przegląd lekarski 1913).

Przechodzę do szeregu spostrzeżeń własnych, w którym nie odrazu doszedłem do określenia przyrody choroby.

I. Pierwszy przypadek, jaki spostrzegałem w październiku 1913 r., dotyczył 6-miesięcznego dziecka, dobrze rozwiniętego, pozostającego wyłącznie przy piersi. Choroba zaczęła się nagle od wymiotów, gorączki 39·0°—39·5°, trwającej 4 dni, i znacznego niepokoju. Ciemiączko było dość silnie napięte (w chwili spokoju dziecka). Brak odruchów kolanowych. Na naradzie z kol. Putermanem, w 3. dniu choroby, wydobyłem przez nakłucie lędźwiowe płyn mózgowordzeniowy, zupełnie przeźroczysty, zawierający, jak mi donosił kol. Puterman, skąpą ilość limfocytów; przy wypuszczaniu płyn popłynął silnym strumieniem, wskazującym na znacznie wzmożone ciśnienie. Wkrótce po nakłuciu lędźwiowem dziecko się uspokoiło, co stwierdziłem i na drugi dzień; ciemiączko wtedy nie było już napięte i po raz pierwszy zjawiły się słabe odruchy kolanowe. Gorączka, zmniejszając się stopniowo, w 5. dniu choroby prawie ustępuje. Dziecko również czuło się coraz lepiej, a cała sprawa w 6—7. dniu choroby zakończyła się pomyślnie, bez żadnych złych następstw. Najbardziej może charakterystyczne było w tym przypadku stałe i obfite pocenie się. W tym samym czasie starszy 3-letni braciszek chorego oseska zażywał z polecenia felczera środek wykrztuśny z powodu kaszlu i »zaziębienia się«, tak iż i ja sądziłem w pierwszej chwili, że o coś podobnego (grypę?) chodzi u mojego 6-miesięcznego chorego. Były to więc może postacie poronne choroby Heine-Medina, u dziecka starszego jakby zupełnie bez objawów poraźnych, u młodszego — z objawami oponowymi, bardzo zresztą krótkotrwałymi.

Do uznania tego przypadku za chorobę Heine-Medina, a mianowicie za jej postać oponową, dochodzę drogą wykluczania: Nie mówiąc o sprawie gruźliczej, wyłączyć też mogłem meningizm z powodu zaburzeń pokarmowych, czy w ogóle intoksykacyjnych, jakich u zdrowego dotąd niemowlęcia nie było; nie można też było myśleć n. p. o obostrzeniu przewlekłej sprawy kiłowej, gdyż zarówno dzieci same, jak rodziców (u ojca odczyn Wassermanna ujemny) znam dość dawno i żadnych oznak podejrzanych pod tym względem nigdy nie stwierdziłem; zresztą zupełne wyleczenie sprawy chorobowej w kilka dni (prawie bez leczenia, z wyjątkiem nakłucia lędźwiowego) przemawia przeciwko tym wszystkim przypuszczeniom. Nie było to też nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych, w czem mnie upewnia między innemi: 1) brak wybitnych objawów oponowych, 2) krótkotrwała gorączka, 3) zachowanie zupełnej przytomności, 4) nieobecność opryszczek (herpes), 5) brak jakichkolwiek powikłań i 6) charakter płynu mózgowordzeniowego,

II. D. 6 marca 1914, a więc dopiero w 5 miesięcy później, zaproszony zostałem przez kol. Weinziehera do rocznego dziecka w Będzinie (o 3 wiorsty odległym od Dąbrowy). Przypadku tego dłużej i dokładniej nie mogłem jednak spostrzegać. U tego dziecka poza nieprzytomnością stwierdziliśmy wiotkie porażenie kończyn; bezwład ten miał, według słów kol. Weinziehera, występować stopniowo w różnych miejscach. Uznając ostry zakaźny charakter sprawy mózgowej, nie zatrzymywaliśmy się u tego dziecka ani na jakiejś ściśle określonej sprawie oponowej, ani na meningizmie na tle przewlekłego zatrucia pokarmowego (Milchnährschaden). Dziecko to wkrótce zmarło.

Po drugim przypadku zwróciłem już baczniejszą uwagę na omawiane cierpienie.

III. D. 6. VII. 1914 r., u dziecka $1^1/_2$-rocznego, przyniesionego ze wsi, z za Grodźca (odległego o 4—6 wiorst od Dąbrowy) wykryłem wszystkie prawie cechy, charakterystyczne dla choroby Heine-Medina, a więc niewielką gorączkę, zachowaną przytomność, obfite pocenie się, oraz bezwład dolnych kończyn i jednostronne porażenie n. twarzowego. Była to postać rdzeniowo-opuszkowa choroby Heine-Medina.

IV. W 3 dni potem przybyła do mnie żona stolarza K. z Dąbrowy z $2^1/_2$-letnią córeczką Helcią, oznajmiając, iż dziecko, dotąd zdrowe, naraz przestało chodzić. Oboje rodzice są zdrowi, tylko ojciec jest »nerwowy«. Choroba dziecka zaczęła się jednakże nie odrazu od porażenia dolnych kończyn. Na tydzień przed przyniesieniem do mnie, stojąc w drzwiach, gdzie miał być przeciąg, dziecko upadło, przytomności nie straciło, a potem jeszcze chodziło; w godzinę później zwymiotowało i położyło się do łóżka; potem przez kilka dni gorączkowało i wtedy obficie się pociło, a stało się tak wrażliwem, iż pomimo zupełnej przytomności mocz oddawało do łóżeczka, byleby się nie ruszać; mimo to jednak nie sprawiało wrażenia ciężko chorego. Przy badaniu 9. VII., w 7. dniu choroby, stwierdziłem dość znaczne porażenie kończyn dolnych, ale obejmujące nie wszystkie grupy mięśni; przy ucisku na mięśnie i na pnie nerwowe dziecko nie doznaje bólu. Odruchów kolanowych nie można było wywołać. Dziecko już w d. 22. VII. 1914 stawało o własnych siłach choć jeszcze niepewnie.

Ze względu na krótkotrwały okres gorączkowy, zjawienie się wiotkich porażeń bez wyraźnych zaburzeń ze strony zwieraczy i bez zaburzeń czuciowych, rozpoznałem tu chorobę Heine-Medina, a mianowicie jej odmianę poliomyelityczną. Co się tyczy urazu, któremu uległo dziecko, to pominąwszy już poprzednie osłabienie, które mogło być powodem upadku dziecka, uważają, niektórzy autorzy uraz również za jeden z czynników etyologicznych choroby Heine-Medina. Wobec przytoczonych danych nie mogłem przy rozpoznaniu myśleć ani o zapaleniu nerwów, ani o ostrem rozlanem porażeniu rdzeniowem (myelitis acuta

diffusa), rzadkiem w wieku dziecięcym, a znamionującem się również występującem nagle porażeniem poprzecznem. Ze względu na podany uraz możnaby pomyśleć może o histerycznem porażeniu kończyn dolnych, wszakże cały przebieg choroby gorączkowej odrazu temu przeczył. Dziecko to widziałem następnie po 6 miesiącach i wtedy dowiedziałem się, że przez długi jeszcze czas, chodząc, a szczególnie biegnąc, upadało; dopiero przed kilku tygodniami trzyma się pewniej na nogach. Dziś stwierdzam zanik zewnętrznych mięśni prawego uda, ścieńczenie prawej nogi w okolicy uda o 2—3 cm w porównaniu z lewem udem, wiotkość mięśni w dotkniętej nodze; odruch kolanowy na prawej kończynie o wiele słabszy, niż na lewej. Młodszy brat dziecka w tym samym czasie, kiedy zachorowało, był podobno zupełnie zdrowy.

V. Roczne dziecko górnika z kopalni »Flora« w Dąbrowie, przyniesione do mnie w lipcu 1914 raz jeden, w 3. czy 4. dniu choroby, w stanie bardzo ciężkim; nieprzytomność, porażenie wiotkie wszystkich kończyn oraz n. twarzowego. Dziecko to wkrótce zmarło.

Będąc pod wrażeniem tych kilku przypadków, o których zawiadomiłem też kolegów na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Zagłębia w lutym 1915 r., wypowiedziałem już wówczas zdanie, iż można oczekiwać nowego wybuchu tej choroby nagminnej przy nadchodzącem lecie. Niestety obawy moje sprawdziły się, gdyż istotnie od maja do połowy września r. 1915 naliczyłem 12 świeżych przypadków.

VI. D. 16 maja 1915 umarło wśród objawów porażenia Landryego 10-miesięczne dziecko żydowskie, karmione prawie wyłącznie piersią.

VII. W d. 16 maja 1915 r. zachorował chłopczyk $1^{1}/_{12}$ r., cioteczny brat poprzedniego dziecka (mieszka tuż przez drzwi), dziecko rodziców dość zamożnych, żydów, karmione jeszcze piersią matki, dokarmiane prawie od urodzenia mlekiem, (w ostatnich czasach jadało i chleb razowy). Jest to 4. dziecko z rzędu; przed niem jedno poronienie. Inne dzieci zdrowe. Dziecko chodzić zaczęło po roku, chorób żadnych dotąd podobno nie przechodziło. W rodzinie nie było chorób nerwowych ani umysłowych. Do przebycia kiły rodzice się nie przyznają. Dziecko od pewnego już czasu straciło apetyt. Przed 4 tygodniami upadło, stojąc na podłodze, i uderzyło się w czoło; przed 2 tygodniami miało na ciele jakieś bąble, które były i u matki, a wyglądały, jakby ślady po ukąszeniu przez owady. D. 16. V. dziecko zaczęło gorączkować; po 1 łyżeczce oleju rącznikowego miało jedno płynne wypróżnienie i w ogóle czuło się znośnie; 18. V. o godz. 3. po południu znowu dwukrotne wymioty, po których wkrótce badałem dziecko po raz pierwszy: sprawiło ono na mnie wrażenie zmęczonego i niezupełnie przytomnego, stwierdziłem też już wtedy porażenie lewego nerwu twarzowego. Matka zwróciła mi uwagę na bardzo obfite pocenie się; szczególnie w d. 18. V., »dziecko leżało jak w wodzie«, a przytem gorączkowało. Poniżej podaję krzywą ciepłoty. Ani przedtem,

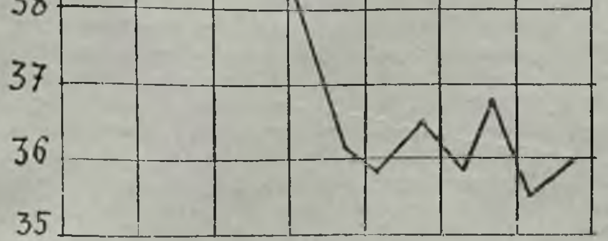


Fig. 1.

ani później nie było bredzenia, drgawek, sztywności karku, światłowstrętu, ani żadnej wysypki; źrenice oddziaływały prawidłowo; łykanie nie było utrudnione. — D. 20. V. przez kilka godzin dziecko bardzo się śliniło, przyczem śluzówka ust i gardła nie wyglądała nieprawidłowo. W tym samym dniu wystąpił bezwład dolnych kończyn (porażenie nerwu twarzowego istniało w dalszym ciągu), a źrenice oddziaływały leniwie na światło. Dziecko sprawiało wrażenie ciężko chorego. Adynamia. — 21. V. ogólna sinica, niezbyt zresztą silna i nierówny, zwolniony nieco, jakby wymuszony oddech; tętno bardzo przyspieszone. Podano prócz urotropiny kofeinę. — 22. V. poprawa zarówno w stanie ogólnym, jak w nóżkach, któremi dziecko już porusza. — 25. V. siada samo i uśmiecha się. Odruchy kolanowe słabe, jak zresztą od samego początku. Objawów Kerniga, Babińskiego, Brudzińskiego niema i nie było wcale. Nie było też zaburzeń ze strony pęcherza i odbytnicy. Nakłucia lędźwiowego nie dokonywałem. Mocz przezroczysty, bez białka i bez cukru. Wypróżnienia prawidłowe. — W 2 tygodnie później dziecko stawało już na nóżkach, trzymając się rączkami jakiegoś przedmiotu. Dziecka tego nie widziałem już później, gdyż matka uważa je za zupełnie zdrowe.

VIII. R., chłopiec, $1^{3}/_{12}$ r., dziecko pierwsze ze strony matki, a piąte ze strony ojca (powtórnie ożenionego), przed tygodniem odstawione od piersi. Chodzić zaczęło po roku. Przechodziło odrę. Przed 2—3 tygodniami przechodziło jakąś niestrawność, (wymioty i biegunkę), i od tego czasu chudło, a od 5. VI. wyraźnie chore. D. 6. VI., choć już bardzo słabe, chodziło jeszcze trochę. — Stan w d. 7. VI.: Dziecko nieźle odżywione; różaniec krzywiczy; klatka piersiowa w dolnej części krzywiczo rozdęta. Gruczoły chłonne nieliczne, drobne. Język obłożony. Gardło prawidłowe. W płucach furczenia; oddech nierówny, utrudniony, zwłaszcza wdech, który jest przytem wyraźnie wydłużony; wydech krótki. Częste zupełne zatrzymywanie oddechu w fazie wdechowej, nieraz na kilka sekund, poczem następuje naraz kilka wdechów i dziecko zrywa się z przestrachem. Inne narządy wewnętrzne prawidłowe, tylko ze strony układu nerwowego już w tym dniu choroby dostrzegamy nieznaczny niedowład nerwu twarzowego lewego; dziecko przytomne. Tętno 112, C. 38.4° (o godz. 3 po południu). Matka opowiada, że dziecko zrana 7. VI. czterokrotnie wymiotowało; stolce, jak przedtem, zawsze uformowane i oddawane co 2. dzień. W nocy z d. 6. na 7. VI. dziecko zrywało się, majaczyło, w dzień kaprysi i płacze. Wysypki na ciele nie było i niema. W d. 5. i 6. VI. nader obfite poty. Już 6. VI. zrana dziecko wymawiało i łykało z pewnym trudem; dziś wymowa jest nosowa, niełatwa do zrozumienia. Na jedzenie dziecko rzuca się łapczywie, ale zatrzymuje płyn w ustach, łyka go następnie z trudnością, a potem nie chce już wcale pokarmu.

Badanie 8. VI. o godz. 11 przed południem stwierdza oprócz porażenia lewego nerwu twarzowego, wiotkie porażenie dolnych kończyn, szczególniej lewej (prawie całej), a prawej w mięśniach goleni. Typ oddechu taki sam, jak w dniu poprzednim. Dziecko wciąż płacze. Wymawia i łyka z trudem, rączkami nie porusza wcale, lewa górna kończyna wydaje się więcej bezwładną. Daje się zauważyć wrażliwość dziecka na dotykanie. Odruchy kolanowe bardzo słabe, łokciowe natomiast żywe; dość żywe są również ze ścięgien Achillesa. Objawów Kerniga, Babińskiego, Brudzińskiego niema. Mocz przezroczysty, nie zawiera białka. Ciepłota, mierzona co 4 godziny, wynosi 37·5° do 38·0°. W d. 9. VI. ciepłota spada poniżej 36·5°. O godz. 9 wieczorem dziecko oddycha lepiej; zatrzymywanie oddechu wyraźnie krótsze. Dziecko o wiele lepiej łyka, zjadło nawet kawałek bułki z masłem, rozmaczanej w mleku. Jeszcze wyraźniejsze

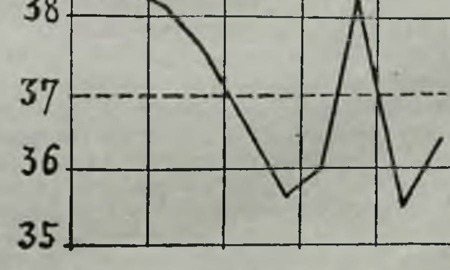


Fig. 2.

porażenie lewej nóżki i rączki; natomiast porażenie nerwu twarzowego oraz prawych kończyn ustąpiło w stopniu dość znacznym. Dziecko nie pociło się więcej. — 10. VI. dziecko po raz pierwszy zupełnie spokojnie spało i oddycha równiej; swobodniej również porusza obydwiema nóżkami. — 12. VI. nie gorączkuje wcale, przez chwilkę może już utrzymać się na nóżkach, podpierane pod pachami; oddech jeszcze utrudniony. — 23. VI. dziecko stoi o własnych siłach przez krótką chwilę, samo siada na łó-

żeczku, choć z pewnym trudem. Odruchy kolanowe zachowane, odruchy z m. dwugłowego mniej żywe; utrzymuje się jeszcze ślad porażenia nerwu twarzowego. Od kilku też dni wymawia dziecko dużo lepiej i więcej słów, a nie tylko, jak poprzednio, »mama«. Rączkami włada swobodnie. (Krzywa ciepłoty na str. 105, fig. 2).

IX. H. W. $1^{2}/_{12}$ r., dziecko przy piersi, a dokarmiane jakoby od paru miesięcy; pierwsze dziecko młodej matki, chrześcijanki. Przed obecną chorobą zaczynało już chodzić. Żadnej choroby przedtem nie przechodziło; odżywione jednak miernie i okazuje zmiany krzywicze. Parę tygodni temu jakaś wysypka, obecnie (16. VI) mająca charakter wyprysku liszajcowatego, rozsianego w kilku miejscach: nad lewą brwią, na podbródku, około uszu, oraz na lewem udzie. Gruczoły chłonne (wielkości miejscami bobu) niezbyt liczne z obydwóch stron szyi, drobniejsze w pachach i pachwinach. Język obłożony wilgotnym nalotem, migdałki nieco powiększone. Tętno 112—120. Oddech prawidłowy. Jedyne zmiany w zakresie układu nerwowego i chwilowe zaburzenia przewodu pokarmowego. Mocz czysty, nie zawiera białka.

Obecna choroba zaczęła się już 10. VI. wieczorem gorączką, niepokojem w nocy i osłabieniem w dniu następnym; w d. 11. VI. nie było kataru, ani kaszlu, wymiotów, ani biegunki, w nocy wszakże dziecko silnie gorączkowało i spało niespokojnie, choć znowu w dniu następnym 12. VI. bawiło się do samego wieczora i dopiero wtedy dwukrotne wymioty. D. 13. VI. gorączka, senność, raz wymioty. Gorączka trwa 14. i 15. VI. — D. 15. VI. dziecko bardzo osłabło i nie dawało się brać na ręce, płacząc za każdym razem, gdy je chciano nieść; przy unoszeniu dziecka główka chwiała się w różne strony. Dopiero 16. VI. spostrzeżono niedowład lewej kończyny górnej. Przy badaniu w tym dniu znalazłem oprócz tego lekkie porażenie lewego nerwu twarzowego. Odruchy kolanowe słabe, innych nie udaje się wywołać. Dziecko kapryśne, płacze i stęka. Zaparcie stolca. Obfitego pocenia się matka nie zauważyła dotąd. C. 36·5°. — 18. VI. dziecko spało dobrze, łaknienie miało dobre i było wesołe. Rączka lewa nadal bezwładna, choć w samej kiści nieco ruchliwa; przy nacieraniu tej rączki dziecko płacze. — 3. VII. dziecko postępuje trochę na nóżkach, kulejąc zresztą na lewą nóżkę. Lewą kiścią rusza dość dobrze, całą wszakże kończyną nie rusza: widoczny zanik m. naramiennego oraz innych mięśni klatki piersiowej (lewej połowy).

Podobną chorobę miało przebyć o kilkanaście dni wcześniej jedno z ciotecznego rodzeństwa, mieszkającego o 12 wiorst od Dąbrowy; matki spotykały się z sobą stale.

X. M. W., chłopczyk $1^{10}/_{12}$ r., piąte dziecko z rzędu, pozostające jeszcze przy piersi, dokarmiane jakoby od paru miesięcy. Zaczęło chodzić po roku. Dziecko to widziałem (dzięki uprzejmości kol. Kożuchowskiego) po raz pierwszy w okresie choroby późniejszym, poraźnym i stwierdziłem wtedy ślady przebytego zapalenia płuc, które spostrzegał poprzednio kol. Kożuchowski, oraz bardzo wybitne wiotkie porażenie mięśni prawego barku. Dotknięte były również, choć w stopniu mniejszym, lewy nerw twarzowy oraz mięśnie prostujące i odwracające dłoń prawą (dr Wołkowicz). Przy badaniu elektrycznością kol. Wołkowicz stwierdził odczyn zwyrodnienia (skurcz leniwy) w mięśniu naramiennym i dwugłowym.

XI. F., $2^{8}/_{12}$-r. syn robotnika kopalni »Reden« w Dąbrowie. Dziecko to przechodziło w pierwszych miesiącach życia zanik dziecięcy (paedatrophia), po roku krztusiec. Obecnie rozchorowało się 17. VII., a choroba zaczęła się od boleści brzucha, jednorazowych wymiotów o godz. 11 rano; biegunki nie było, raczej skłonność do zaparcia. Pocenie się obfite miało wystąpić jeszcze przed wymiotami, a następnie 19. VII. wprost »lało się z dziecka«. — 20. VII. osobiście stwierdziłem już lekki niedowład lewego nerwu twarzowego, występujący najwyraźniej przy płaczu lub śmiechu. Przebieg całej choroby był bardzo lekki. — O jeden dzień wcześniej (16. VII.) rozchorował się starszy $3^{1}/_{2}$-letni brat: miał on gorączkę, niewielki kaszel i uskarżał się na ból gardła; przy badaniu widziałem zaczerwienienie śluzówki; na drugi dzień miał być zupełnie zdrowym. W domu, gdzie mieszkały te dzieci, inne dzieci nie chorowały.

XII. M. S., chłopiec 10-miesięczny, dziecko czwarte z rzędu, 5 miesięcy przy piersi, a potem karmione sztucznie. Dziecko dobrze odżywione, nieco może za otyłe; ciemiączko niezbyt duże, twardawe; zmian krzywiczych niema. Język zupełnie czysty; łaknienie upośledzone; lekka biegunka dyspeptyczna; wymiotów nie było. Przed 2 tygodniami miało dziecko także lekką biegunkę, ale w kilka dni później było zupełnie zdrowe, nie kaszlało, nie miało kataru, a rozchorowało się nagle 23. VII. Choroba przejawiła się przedewszystkiem w osłabieniu nóżek, krzyża i szyi i we wrażliwości na dotykanie. Z początku w ciągu kilku dni bardzo obfite poty. Przy badaniu 28. VII. stwierdzam, że dziecko, które dawniej siedziało zupełnie dobrze samo, dziś leży bezwładnie, lewa połowa brzucha wyraźnie wypuklona. Oprócz tego liczne porażenia mięśni prawej i lewej goleni: obydwie stopy w zgięciu; porażony także lewy nerw twarzowy.

XIII. W końcu lipca wezwany zostałem do 7-letniej Basi B. Rozpoznanie byłoby w tym przypadku z powodu zupełnie odmiennego przebiegu bardzo trudne, gdyby nie to, że w Zagłębiu stwierdziliśmy już niewątpliwie epidemię choroby Heine-Medina. Choroba zaczęła się tu dość nagle od wymiotów, wysokiej gorączki (39°—40°), obłożonego zlekka języka, co wszystko poprzedzone być miało dwudniowem niedomaganiem. Krzywa ciepłoty:

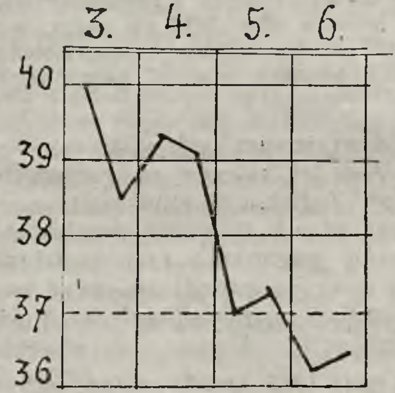


Fig. 3.

Następnie ciepłota opadała często poniżej 36°. W początkowym (conajmniej od 3 dni już trwającym) gorączkowym okresie nie stwierdza się żadnych objawów chorobowych. Dopiero w 5. dniu choroby, kiedy gorączka opada, dziecko zaczyna się zachowywać dość ekscentrycznie, zrazu jakby histerycznie (babka, oboje rodzice, zwłaszcza matka, są bardzo nerwowi); jednakże błędnawy wzrok, krzyki napadowe, nie ustające w ciągu 2 dni nawet w półśnie, a wywołane bolami, występującymi w rozmaitych miejscach ciała (okolica guzicy, barki, nogi), sztywność karku, objaw karkowy (Brudzińskiego), stwierdzony w 6. dniu choroby, zaparcie stolca, słaby odczyn źrenic na światło, tętno przytem równomierne, lecz wynoszące 60 uderzeń — wszystko to wyraźnie wskazuje na podrażnienie opon mózgowych. Już w 7–8. dniu choroby obraz szybko się zmienia ku lepszemu (bez nakłucia lędźwiowego, przy stosowaniu jedynie urotropiny i środków objawowych): dziecko przestaje krzyczeć, jest przytomniejsze (choć całkowicie przytomności tej i przedtem nie traciło), upomina się o jedzenie, śpi dużo i spokojnie; objawy oponowe ustępują bardzo szybko, w ciągu 2 dni następnych. Stan poprawia się tak prędko, iż po kilku dalszych dniach dziecko próbuje już chodzić, przyczem wszakże utyka na prawą nogę; po tygodniu chód staje się pewnym i równym. Ani pocenia się, ani porażenia nerwu twarzowego nie zauważono. Mimo to nie waham się, co prawda »a posteriori«, w tym przypadku rozpoznać oponową postać (czy poronną) choroby Heine-Medina. Dodam jeszcze, iż młodszy brat chorej cały czas chodził, choć były chwile, że ogólnie trochę niedomagał.

W ciągu sierpnia r. 1915 i wreszcie we wrześniu widziałem jeszcze 2 świeże przypadki choroby Heine-Medina i 2 nieco starsze: jeden z maja r. 1915, drugi z r. 1913.

XIV. Niemowlę 10-miesięczne, przeważnie karmione piersią, od kilku dni niedomaga, dużo płacze, poci się, osłabło. Przy badaniu 16. VIII. 1915 stwierdzam jedynie jeszcze lekki niedowład nerwu twarzowego, którego nawet matka nie zauważyła dotąd, a który przejawia się dość wyraźnie przy płaczu. Dziecko widziałem po raz drugi po 3 tygodniach już jako zupełnie zdrowe, a porażenie nerwu twarzowego przeszło prawie bez śladu.

XV. Drugi przypadek, leczony przez kol. Puljanowskiego, tyczy się rocznego dziecka, mającego 5 rodzeństwa, z Niemiec (wsi odległej od Dąbrowy 3—4 wiorsty). Przebieg choroby opisuje matka w sposób następujący: »D. 1. sierpnia r. b. B. zachorowała na rozstrój żołądka. Cały dzień była dosyć marudna, wieczorem raz wymiotowała, a w nocy dostała gorączki. 2. VIII. rano dostała gorączki 38·5°, otrzymała na przeczyszczenie, ale ku wieczorowi gorączka jeszcze się podniosła na 39·5°. — D. 3. i 4. VIII. B. ciągle była marudna, czyszczenie nie ustało, gorączka waha się między 38° i 39°. W nocy z 4. na 5. VIII. zaczęła B. kaszleć, ale dziwnie cicho i w ogóle zdawała się bardzo osła-

bioną. Od 5. VIII. stała się bezwładna, bardzo dużo spała i całe dnie leżała jak martwa, jedynie prawą rączką słabo poruszała. Wzięta na ręce, nawet główki nie mogła utrzymać i cała leciała przez ręce. Od 5. VIII. zaczęła się bardzo pocić i pomimo, że ciepłota spadła, poty nie ustawały. Stan taki trwał parę dni i dopiero koło 10—11. żołądek się uregulował. 13. czy 14. VIII. zaczęła B. poruszać lewą rączką, poty trochę ustąpiły i zdawała się silniejszą, gdyż płacz i kaszel był trochę głośniejszy. 18. VIII. zaczęła poruszać palcami prawej nóżki, a 20. VIII. lewej, ale bardzo słabo. Stopniowo zaczęła i główkę unosić trochę od poduszki, władza w lewej ręce wróciła, ale wogóle powrót do zdrowia postępuje bardzo wolno. 26. VIII. zaczęłam jeździć do elektryzacyi. W prawej nóżce B. porusza czasem całą stopką, ale w lewej do tej pory tylko paluszkami, a stopkę ma ciągle zwieszoną na dół. Teraz bawi się na ręku jak dawniej, trzyma się już dosyć prosto i lewą rączką porusza zupełnie jak prawą, tylko nóżki jeszcze bardzo słabe, i o własnej sile nie siedzi«. Krzywa ciepłoty:

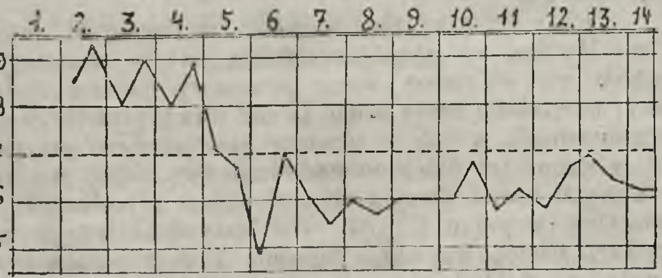


Fig. 4.

Ciepłota, jeszcze i teraz mierzona, waha się od 35·5° do 36·7°. Pozostałych 5 dzieci, pomimo iż nie były odosobnione, przez cały ten czas były zupełnie zdrowe; gdzieś w pobliżu małe dziecko miało podobnie chorować.

XVI. Czteroletni chłopczyk K. uległ porażeniu dziecięcemu w sierpniu 1913 r.; stwierdziłem u niego później skrzywione nieco usta i zanik mięśni lewej kończyny dolnej. Chłopiec ten umarł w marcu 1915 r. z »puchliny głodowej«, panującej — jak wiadomo — w Zagłębiu podczas wojny; opuchła najpierw właśnie lewa kończyna.

XVII. Półtrzeciaroczna dziewczynka przeszła w maju 1915 r. w ciągu 2 tygodni ostre rdzeniowe porażenie dziecięce; obecnie stwierdza się niedowład prawej kończyny dolnej, stopę końską (pes equinus); zalecone obecnie, dopiero po kilku miesiącach, leczenie zapomocą miesienia i kąpieli ciepłych daje wyraźną poprawę chodu i ułożenia stopy prawej.

XVIII. Wreszcie w czasie (wrzesień 1915), gdy zacząłem pisać niniejszą pracę, widziałem 11-miesięczne dziecko F., sztucznie karmione od samego prawie urodzenia, ale wyglądające dobrze; uległo ono przed kilkoma dniami ostremu porażeniu rdzeniowemu. Przebieg lekki, dość typowy, z porażeniem kończyn dolnych i nerwu twarzowego w stopniu nieznacznym [1]).

Przytoczyłem mniej lub więcej szczegółowy (o ile to było możliwe ze względu na warunki wolnej praktyki) opis prawie wszystkich badanych przezemnie przypadków dlatego, iż choroba Heine-Medina, w piśmiennictwie naszem, po za wymienianemi już pracami Biehlerowej i Bychowskiego, dotąd bardzo rzadko była uwzględniana (prof. Korczyński w »Przeglądzie lekarskim« z r. 1913). Sądzę przeto, iż przytoczenie kazuistyki nie będzie bez znaczenia dla szerszego koła lekarzy praktyków. Na podstawie swoich spostrzeżeń dochodzę do przekonania, iż i u nas coraz częściej, już nagminnie, występuje choroba Heine-Medina. W Zagłębiu pierwsze przypadki tego cierpienia stwierdzono już w r. 1913 i 1914, w r. zaś 1915 12 przypadków choroby Heine-Medina, spostrzeganych od połowy maja do końca września, świadczą o nagminnym jej charakterze. Dotychczas spostrzegano w Polsce tę chorobę tylko sporadycznie. Biehlerowa doniosła o epidemii w Warszawie i w okolicy Warszawy, na co według tej autorki najpierw zwrócił uwagę dr Kopczyński na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. Epidemia warszawska w porównaniu z naszą była (bez mała) dziesięciokrotnie liczniejsza i naszą poprzedziła o 3—4 lata. Większość przypadków nagminnego rdzeniowego porażenia dziecięcego w Zagłębiu ma tesame mniej - więcej cechy, co przypadki Biehlerowej, choć ma i pewne osobliwości. Na 18 spostrzeganych przezemnie przypadków poraźnej formy choroby Heine-Medina 16 zdarzyło się w miesiącach letnich, a najwięcej w lipcu (w przypadkach Biehlerowej w czerwcu): w r. 1913 — 1 przypadek w październiku, w r. 1914 — 1 przypadek w marcu; w r. 1914 i głównie w r. 1915 przypada: 3 przypadki na maj, 2 na czerwiec, 8 na lipiec, 3 na sierpień, 1 na wrzesień. Z wyjątkiem paru przypadków sprawa szerzenia się epidemii pozostaje na ogół ciemną. Jednakże przypadek I (gdzie jednocześnie u starszego braciszka był stan kataralny), VI. i VII (gdzie uległo chorobie dwoje rodzeństwa ciotecznego, ‚mieszkającego przez sień), IX. (w którym matka chorego dziecka mówiła o podobnie chorej swej siostrzenicy, mieszkającej o 12 wiorst od Dąbrowy), wreszcie XI (gdzie na dzień przed wybuchem choroby u jednego dziecka przechodzi nieżyt gardła starszy synek) — naprowadzają na myśl, iż zakażenie następować mogło wskutek bezpośredniego stykania się z chorymi już poprzednio na tę samą, być może, chorobę dziećmi; należy też uwzględnić istnienie postaci poronnych (Wickman), jakoteż możność zarażania się za pośrednictwem roznosicieli zarazków. Jednakże pozostaje sprawą ciemną, jakim sposobem zarazek zjawił się pierwotnie w Zagłębiu i jakiemi drogami szerzył się w tych przypadkach, w których nie udało mi się ani przez badanie osobiste. ani przez szczegółowe rozpytywanie się przypuścić obecności zarazka u osób, otaczających chorego. Podobnie, jak Biehlerowa, i ja nie uznaję szkoły za źródło zakażania się dzieci, a to zarówno ze względu na czas, kiedy z powodu wojny i letnich miesięcy szkoły były zamknięte, jak ze względu na wiek moich chorych. Wśród chorych było niemowląt od 6 miesięcy do roku 8, dzieci od 1 roku do 2 lat 5. a od 2 do 7 lat 5 (wśród tych najstarsza także do szkoły nie uczęszczała).

Przypadki niewątpliwie nagminnego rdzeniowego porażenia dziecięcego występują w sposób rozsiany, pojawiając się w ciągu 2 lat w różnych okresach czasu w rozmaitych miejscach dość rozległego Zagłębia (Będzin, Dąbrowa, Grodziec, Sosnowiec, Niemcy, Sławków), ale najwięcej i przeważnie w samej Dąbrowie, jak to wykazuje wyraźniej załączony schemat planu Zagłębia (fig. 5)



Taksamo, jak to podaje Biehlerowa co do warszawskiej epidemii, nie poprzedzały i w Zagłębiu epidemii choroby Heine Medina częstsze przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. W samej Dąbrowie w ciągu lipca i sierpnia spostrzegałem 3 przypadki nagminnego zapalenia opon; inni koledzy w Zagłębiu nie spotykali nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych w r. 1914 i 1915 częściej, niż zwykle. Jednakże nie tak to dawno mieliśmy epidemię zapalenia opon na Śląsku i w Galicyi.

Co się tyczy złośliwości epidemii choroby Heine-Medina w Zagłębiu, to w r. 1914 na 6 postaci (w tem 1 przypadek

---

[1]) Aż do oddania niniejszej pracy do druku (listopad 1915 r.) nie miałem nowych przypadków choroby H-M.

dr Chełchowskiego i dr Olszewskiego) porażnych tej choroby 2 razy mieliśmy wynik śmiertelny; w r. 1915 na 12 przypadków, spostrzeganych przezemnie, śmierć nastąpiła raz jeden, coby stanowiło 8·33% (u Biehlerowej 3·09%); odnosi się wrażenie, że pod względem złośliwości zarazek z czasem jakby słabnie. Duży stosunkowo odsetek wyzdrowień w postaciach porażnych (nie mówiąc o łagodnym przebiegu postaci poronnych, o których w ogóle nie można jeszcze dziś wiele mówić) nie przedstawia się bynajmniej tak uspokajająco, gdy przyjrzymy się następstwom, jakie choroba ta pozostawia w ogóle i pozostawiła u wielu naszych chorych. Na 15—16 osobiście spostrzeganych przezemnie postaci porażnych (po wyłączeniu 3 śmiertelnych) wypada 7 przypadków mniej lub więcej uporczywych (często dziś jeszcze budzących obawę, iż będą stałemi), wiotkich porażeń różnych grup mięśni (IV, IX, X, XII, XV, XVI i XVII); nie mówiąc już o tych niedostrzegalnych zmianach chorobowych mięśni, jakie mogą wywierać wpływ szkodliwy na prawidłowy rozwój młodego, szybko rosnącego ustroju, mamy więc w 50% przypadków wyraźne smutne następstwa tej z tego względu bardzo ciężkiej choroby dziecięcej. Jedynie inteligencya u żadnego z dzieci nie uległa zaburzeniom.

Słów kilka o obrazie klinicznym, w jakim przejawiała się choroba Heine-Medina w naszem Zagłębiu. Określić chwilę wtargnięcia zarazka do ustroju, obliczyć choćby w przybliżeniu okres wylęgania, nie powiodło mi się ani razu; jest to zresztą rzeczą wogóle niezwykle trudną i jedynie przy zbiegu pewnych warunków możliwą. To tylko da się powiedzieć, iż na ogół okres wylęgania nie znamionował się w moich przypadkach żadnemi, choć cokolwiek znaczącemi zmianami w zdrowiu. Zresztą w jednym przypadku (VIII) matka wspominała, że na 2—3 tygodnie przed wybuchem gorączki i porażeń $1^1/_4$-roczne dziecko przechodziło w ciągu 2 dni jakieś zaburzenie trawienia z wymiotami i biegunką i od tego czasu nawet chudło; w drugim przypadku (XVJ) była bardzo lekka biegunka z następną zupełną poprawą aż do chwili wybuchu choroby Heine-Medina; w trzecim przypadku (VII) jest mowa o jakichś bąblach, podobnych jakoby do śladów po ukąszeniu owadu, które pojawiły się podobno zarówno u dziecka, jak u matki na 2 tygodnie przed wybuchem choroby.

Wyraźniejszy był okres zwiastunów, który niekiedy miałem sposobność sam spostrzegać, kiedyindziej znów można charakteryzować z opowiadań rodziców. Okres ten znamionował się przedewszystkiem gorączką, sięgającą do 38°—39·5°, a nawet 40°; u tych dzieci, u których można było mierzyć gorączkę dokładniej, stan gorączkowy (jak to widać z niektórych historyi chorób i z krzywych ciepłoty) trwał około 5 dni; gorączka miała tor stały lub częściej zwalniający; po 5, rzadko 6 dniach, ciepłota opada najczęściej poniżej 36·5° i do 35·5°, a i później, o ile można sądzić z niektórych danych, nie przekracza poziomu prawidłowego. Nie umiem powiedzieć, czy gorączkę poprzedzały dreszcze; towarzyszyły jej prawie zawsze objawy chorobowe w zakresie przewodu pokarmowego (najczęściej wymioty), raz tylko porażenie dziecięce musiało się rozpocząć wraz z zapaleniem płuc (przyp. X); objawy nieżytowe ze strony górnych dróg oddechowych widzimy tylko u rodzeństwa chorującego dziecka (przyp. I i XI). Poty, które uważane są za znamienne dla choroby Heine-Medina, w naszych przypadkach należą istotnie do objawów częstych (przyp. I, III, VII, VIII., XI, XII i XIV), jednakże bynajmniej nie zawsze występują (przyp. IX i XIII); w jednym przypadku pojawiły się zresztą dopiero w okresie porażeń (przyp. XV), a mianowicie w dniu spadku ciepłoty i ustąpiły w 13—14. dniu choroby.

Szereg objawów nerwowych ogólnych, zresztą dość nieokreślonych, daje się spostrzegać i w naszych przypadkach, zwłaszcza przeczulica jest w niektórych bardzo wyraźna (przyp. IV, IX i XII); w jednym przypadku (XV) nie stwierdza się jej stanowczo, a w innym znowu (przyp. XIII) występuje nietyle nadczułość, ile bóle, wskutek których dziecko wydaje bolesne okrzyki: bole te pojawiają się właściwie już w okresie bezgorączkowym i trwają całe dwa dni, podczas których występują też coraz wyraźniej objawy podrażnienia opon mózgowych.

Nakłucie lędźwiowe stosowałem raz jeden (przyp. I) i byłbym się na nie zdecydował w przypadku XIII, gdyby nie to, iż wspomniane już objawy mózgowe wkrótce zaczęły ustępować. Muszę też dodać, że w naszej przynajmniej epidemii ani ze względów rozpoznawczych, ani leczniczych nie zachodziła potrzeba uciekania się do tego zabiegu, niemile bądź co bądź widzianego przez rodziców chorych dzieci. Jeśli chodzi o rozpoznanie, to ostre porażenie dziecięce rdzeniowe, zwłaszcza, gdy występuje nagminnie, ma dość znamiennych cech, występujących dość wcześnie, aby rozpoznać to cierpienie, nie uciekając się do nakłucia lędźwiowego.

Co się tyczy postaci, w jakich występowała choroba Heine-Medina, to przedewszystkiem należy zaznaczyć, iż wogóle nie widziałem wiele poronnych postaci tej choroby; należałoby może uznać za nie dwa przypadki (I i XIII, meningismus?), a już z pewnem zastrzeżeniem przypadki, nie zaliczone też przezemnie do niniejszej mojej statystyki, w których bracia dwojga chorych dzieci przechodzili stan kataralny (w przyp. I i XI). We wszystkich innych przypadkach następował okres porażeń. Tam, gdzie obserwacya mogła być dokładniejsza, porażenie jednego mięśnia lub odrazu wielu stwierdzałem niekiedy bardzo wcześnie, bo nawet w 2. dniu gorączki (przyp. VIII) lub w 3. dniu (przyp. VII i XI), kiedy ciepłota była jeszcze podniesiona; jednakże w innych przypadkach porażenia spostrzegałem nieco później, kiedy gorączka już opadała (przyp. XIII i XV). Raz się pojawiwszy, szerzyły się porażenia na inne grupy mięśni w ciągu bardzo niewielu dni, poczem stopniowo ustępowały (w przyp. VIII, XI, XIV i XVIII) lub, jak w bardzo wielu razach (w przyp. IV, IX, X, XII, XV, XVI i XVII), po pewnej poprawie porażenia stawały się bardzo uporczywemi i trwają dotąd, grożąc kalectwem. A takich przypadków naliczyłem wśród naszych do 50%.

Porażenia te sadowiły się i objawiały w sposób rozmaity. Poza przypadkami śmiertelnymi (przyp. II, V i VI), gdzie nie silę się określić postaci choroby Heine-Medina, w 2 przypadkach możnaby może mówić o porażeniu typu Landryego (VIII i XV?). Najczęściej mieliśmy wszakże porażenie nerwu twarzowego, bo spotykaliśmy je w r. 1915 w połowie przypadków; częste są również porażenia kończyn dolnych, rzadsze górnych, w innych przypadkach porażeniom ulegały także mięśnie brzuszne, klatki piersiowej i nawet przepony. Co do odruchów, n. p. kolanowych, to stwierdzałem w pewnych przypadkach ich wzmożenie, w innych osłabienie lub nawet zniesienie. Odruchy oponowe wykryłem raz tylko, w przypadku XIII.

Nie bez znaczenia może będzie, iż w tym czasie, kiedy panowała choroba Heine-Medina, wśród zwierząt domowych nie panowała żadna epidemia, jedynie, jak mnie informował lekarz weterynaryi dr Schönborn w Dąbrowie, w końcu czerwca i w lipcu r. 1915 było 5 przypadków pryszczycy i bardzo dużo (do dziś dnia) przypadków parchów, świerzbu, i t. p. Uderzało w czasie epidemii choroby Heine-Medina niezwykłe rozpowszechnienie się wśród dziatwy tutejszej (w lipcu i sierpniu 1915 r. najwięcej), zwłaszcza w ochronce i przytułku, liszajcowatych i innych wyrzutów, które przypisaćby należało jakimś łatwo przeszczepiającym się zarazkom ropotwórczym. Jednakże ani jedno dziecko z tych instytucyi nie chorowało na porażenie rdzeniowe; z chorych naszych u dwojga były podobne wyrzuty na skórze. Poza tem oprócz zwykłej u nas w lecie czerwonki i niezwykle ciężkiego cierpienia, jakiem się okazała »puchlina głodowa«, szerząca się, jak wiadomo, w czasie obecnej wojny w naszem Zagłębiu, innych epidemii nie mieliśmy.

Pozostałoby jeszcze słów kilka nadmienić o leczeniu w naszych przypadkach. Są one jednak tak jeszcze nie-

liczne, iż niepodobna wydawać sądu o wynikach leczenia; osobiście mam wrażenie, że i zalecana urotropina, którą stale stosowałem, nie wywiera żadnego wyraźniejszego wpływu. Miesienie, elektryzacya, we wcześniejszych, a także i późniejszych okresach kąpiele ciepłe, środki wzmacniające — wszystko to stosowano w stopniu większym lub mniejszym w tych lub innych przypadkach i, jak się zdaje, z wynikiem pomyślnym. Zresztą o ostatecznym wyniku choroby w większości moich przypadków będzie można mówić dopiero po kilku jeszcze miesiącach.

Sprawozdania.

Toczeń, jego znaczenie i zwalczanie.

(Sprawozdanie poglądowe)

napisał

Dr K. Missona (Kiel).

Leczenie tocznia należało do niedawna jeszcze do rzędu terapii t. zw. niewdzięcznych dla lekarza, zważywszy, że wyniki, jakie otrzymano przed wejściem w ogólne użycie leczenia tocznia światłem, nie były zachęcające.

Dopiero skoro Finsen z Kopenhagi ogłosił wynik leczenia tocznia zapomocą wynalezionej przez siebie lampy, uwaga całego świata lekarskiego zwróciła się znowu na sprawę tocznia, tembardziej, że wyniki, otrzymywane przez Finsena, były bardzo dodatnie.

W czasie kiedy Finsen w ojczyźnie swej sprowadzał niejako przewrót w leczeniu gruźlicy skóry, a tocznia w szczególności, sprawa ta w Niemczech przedstawiała się niekorzystnie. Dopiero »Komitet centralny dla zwalczania gruźlicy« (resp. delegacya, wysłana z ramienia tegoż komitetu, zachęcona wynikami, jakie oglądano na miejscu w Kopenhadze) przyczynił się do utworzenia osobnej »Komisyi dla zwalczania tocznia« w Niemczech. Komisya ta podała następujące wnioski: 1) Stworzenie specyalnych lecznic dla chorych na tocznia. 2) Zakupienie aparatów świetlnych. 3) Budowa baraków dla czasowego pomieszczenia chorych na tocznia. 4) Bezpłatne leczenie tego rodzaju chorych. 5) Udoskonalenie znanych już metod. Ażeby zaś stwierdzić, który z wniosków wymaga rychłej realizacyi, postanowiła wspomniana komisya postarać się o dokładną ile możności statystykę chorych na tocznia w Niemczech.

Statystyka taka, zebrana z wielkim nakładem pracy lekarzy, władz sanitarnych i innych czynników, zajmujących się higieną społeczną, wykazała, że w r. 1908 liczba chorych na tocznia w Niemczech, pozostających w leczeniu, wynosiła 11.354. Jeśli uwzględni się, że do tej statystyki nie wciągnięto zupełnie tych, u których rozpoznanie nie było pewne, jak i tych, którzy z powodu zbyt posuniętej sprawy nie byli leczeni, to w tym czasie przyjąć należy wogóle około 33 tysięcy chorych na tocznia.

Wykazano wówczas również, że rozszerzanie się tocznia idzie równomiernie z gruźlicą; w centrach handlowych spotyka się go częściej, niżeli w okolicach mniej zamieszkałych.

Co do płci wykazała statystyka wspomniana, że na tocznia cierpi przeszło $^2/_3$ płci żeńskiej i niecała $^1/_3$ płci męskiej.

W r. 1908, gdy wspomniana komisya dla zwalczania tocznia w Niemczech rozwijała swą działalność, istniało w Niemczech 30 stacyi dla chorych toczniowych. Mieściły się one przy klinikach i szpitalach, które posiadały po kilka lamp Finsenowskich. Specyalne lecznice toczniowe, obejmujące po kilkadziesiąt łóżek, istniały wówczas w Graudenz i Giessen.

Ideałem komisyi toczniowej była budowa wielkiego sanatoryum dla chorych na tocznia, na wzór wiedeńskiej lecznicy dla tego rodzaju chorych. Rząd niemiecki jednak odmówił na to funduszów, powołując się na dostateczną ilość łóżek, będących w dyspozycyi klinik i szpitali dla tego rodzaju chorych.

Nie zniechęciło to jednak pracujących na polu walki z toczniem. Zabrali się oni wobec tego do udoskonalania już istniejących stacyi dla chorych na tocznia — do wyszukiwania i doprowadzania tychże chorych do owych stacyi, jakoteż do sprawy pomocy materyalnej dla rodzin tych chorych. Jednocześnie na podstawie układów z klinikami i szpitalami zobowiązała się komisya przeciwtoczniowa do pomocy finansowej dla tych klinik resp. szpitali, które wykażą się odpowiednią statystyką chorych na tocznia, leczonych z wynikiem dobrym. Również zakupiono kilka przyrządów Finsenowskich, które zostały niektórym klinikom wypożyczone.

Chcąc najszersze sfery ludności zainteresować sprawą zwalczania tocznia, wydał komitet osobną broszurę o znaczeniu tocznia i potrzebie jego zwalczania. Celem broszury było rozpowszechnienie wiadomości, że toczeń, we wczesnych okresach rozpoznany i leczony, jest stanowczo uleczalny, że więc należy poddawać badaniu lekarskiemu jak największą ilość ludzi młodych i dzieci, co sprawę zwalczania tocznia sprowadzi na właściwe tory. Skutek uświadomienia szerokich kół ludności był duży, gdyż od tego czasu polikliniki i ambulatorya przepełniły się chorymi, przez co także przypadki innych chorób, przypominające tocznia, leczone lub nieleczone, (jak n. p. kiła), zostały wykryte i poddane leczeniu.

Działalność komisyi przeciwtoczniowej była i w innym kierunku bardzo wydatna. Dała ona bowiem impuls do rozwiązania zagadnienia, w jakim stopniu zachodzi przy toczniu zakażenie lasecznikiem gruźlicy ludzkiej, a w jakim stopniu lasecznikiem gruźlicy bydlęcej. Badania te wykazały, co następuje: Na 28 przypadków znaleziono 85·2% z prątkiem ludzkim, a 14·8% z bydlęcym; w 5 przypadkach wynik był ujemny. W innych 15 przypadkach 11 razy znaleziono prątki ludzkie, 3 razy bydlęce.

Komisya również dała zachętę do wyjaśnienia niektórych spornych zagadnień co do dróg powstawania tocznia i t. p. Sprawa natury gruźliczej tocznia, roli prątków, odczynu ustroju w postaci tworzenia się tkanki gruźliczej, nie ulegała wątpliwości, były jednak odmienne zapatrywania co do dróg powstania tocznia, co dla leczenia tej sprawy chorobowej ważne posiada znaczenie.

Do niedawna przeważało zapatrywanie, że toczeń jest cierpieniem wyłącznie powłok zewnętrznych, t. j. skóry. Przeciw temu wystąpił Wichmann z Hamburga, twierdząc, że toczeń nosa i twarzy ma początek na błonie śluzowej nosa. Na materyale toczniowym (500 chorych) w Hamburgu wykazał on, że 1) w 56·7% znajduje się pierwotne ognisko na błonie śluzowej nosa, a następowo przechodzi toczeń na skórę nosa resp. twarzy; 2) w 31·8% pierwotny toczeń twarzy przeszedł na błonę śluzową nosa. Ta częsta siedziba tocznia na błonie śluzowej wykazuje ogromną doniosłość ścisłego badania chorych na tocznia. Dlatego też każdy przypadek tocznia należy poddawać badaniu przez specyalistów, o ile to tylko jest możebne.

Do wyjaśnienia sposobu szerzenia się tocznia przyczynili się w wielkim stopniu Blumenfeld, Forchhammer i szereg innych, dochodząc na podstawie ścisłych badań do wniosku, że początków tocznia szukać należy w czasach, gdy ustrój w młodości przechodzi gruźlicę. Nägeli na podstawie badań swych utrzymuje, że 95% ludzi przechodzi w młodości gruźlicę, dlatego też nic dziwnego, że wymienieni badacze każą szukać początków tocznia w dzieciństwie. Niemiecka statystyka tocznia wykazuje słuszność tego zapatrywania, gdyż 68% przypadków tocznia przy-

pada na wiek poniżej lat 16. Zwalczanie tocznia — bez walki z nim za młodu — będzie często, zdaniem Neumana, pracą syzyfową.

Metod, któremi posługuje się dzisiejsza medycyna w leczeniu tocznia, — jest tak dużo, że wyliczenie wszystkich jest prawie niemożliwe.

Najlepszą jest ta metoda, która w możliwie krótkim czasie leczy tocznia zupełnie, uwzględniając przytem również wynik kosmetyczny.

Jedyną przyczynową terapią tocznia jest leczenie tuberkulinowe. Jak wiele innych sposobów leczniczych, popadło ono wkrótce po swem powstaniu w niełaskę, ostatnimi czasy jednak mnożą się zdania, że leczenie tuberkulinowe, przy odpowiednim doborze przypadków tocznia, umiejętnem dawkowaniu, przy uwzględnianiu ciepłoty i ogólnego stanu chorych, łącznie z innemi metodami, oddaje wielkie nieraz usługi.

W każdym razie wartość starej tuberkuliny (A. T.) Kocha, jako środka rozpoznawczego, nie ulega żadnej wątpliwości. Autorowie niemieccy, jak Zieler, Jesionek, wyrażają przekonanie, że w żadnym wogóle przypadku tocznia i gruźlicy nie powinniśmy zaniechać użycia tuberkulin, bądź to dla celów rozpoznawczych, bądź leczniczych.

W użyciu jest dzisiaj cały szereg tuberkulin, z nich najczęściej bywa używana stara tuberkulina (A. T.) Kocha, T. R. tuberkulina i t. zw. nowa tuberkulina. Stara tuber-Kocha nie uodpornia, jak wiadomo, przeciw lasecznikom, jedynie przeciw ich toksynom.

Tuberkulina T. R. jest wzorem zabiegów Kocha, zmierzających do stworzenia tuberkuliny, skierowanej przeciw lasecznikom gruźliczym. Ta tuberkulina, wywołująca mniejsze odczyny ogólne i miejscowe, jest przeważnie dziś w użyciu. Nowa tuberkulina (zawiesina laseczników, zawierająca w 1 cm 0·005 substancyi słabych laseczników) zbliża się w działaniu swem do starej tuberkuliny Kocha, ale daje słabszy odczyn ogólny.

Drugą grupą środków, których działanie następuje drogą naczyń krwionośnych, są środki chemoterapeutyczne, jak sinek złotowo-potasowy (aurum kalium cyanatum), sole miedzi i salwarsan.

Co do znaczenia sinku złotowo-potasowego, to nie działa on wprost przeciw bakteryom, ale pośrednio przez działanie na ściany naczyń. Przekonanie o wartości sinku złotowo-potasowego zostało doświadczeniami na rozmaitych klinikach zachwiane. Żaden z autorów nie otrzymywał tak dodatnich rezultatów, jak Bruck. — [Doświadczenia wykonywane z solami złota przez Heubnera na zwierzętach, dotkniętych nowotworami złośliwymi, były podjęte przed metodą Brucka].

Salwarsan, stosowany przez klinicystów niemieckich przy toczniu (prof. Zieler, Klingmüller), wcale nie działał na sprawę toczniową.

Co do soli miedzi, które na szeroką skalę u przeszło 100 chorych stosował prof. Strauss w Bremie, sprawa jeszcze zupełnie do oceny nie dojrzała. Według statystyki, jaką badacz ten podaje w swej pracy »Hauttuberkulose u. ihre Behandlung mit Kupferlezithin« (1913, Strahlentherapie), należałoby sprawę tę rozpatrzeć i poczynić odpowiednie doświadczenia, tembardziej, żo podstawa teoretyczna i doświadczalna została w pracach hr. Linden już przedtem ugruntowana.

Metoda wycinania (Langa) ma i dziś wielu zwolenników, naturalnie w granicach możliwości wykonania, gdzie ogniska są małe. Inne metody operacyjne mają tylko znaczenie pomocnicze.

Wielką wziętością cieszy się w naszych czasach t. zw. metoda zimnej kaustyki (Kaltkaustik), gdzie mimo, że postępujemy doszczętnie, tak wynik kosmetyczny, jak i leczniczy są zadowalniające. Metoda ta nadaje się szczególnie do spraw toczniowych na błonach śluzowych. Metody żrące i przyżegania (Brennmetoden) są metodami przygotowawczemi; przyżeganie dziś bardzo mało bywa używane. Przy metodzie t. zw. żrącej, mającej na celu zniszczenie ogniska gruźliczego, używamy do tego celu 10%—20% maści pyrogallusowej, ewentualnie maści miedzianej, poczem po niejakim czasie, gdy ustąpią objawy zapalne, przystępujemy do stosowania metod świetlnych, t. j. lampy Finsena i lamp kwarcowych Kromayera. Szczególnie światło Finsena oddaje w toczniu bardzo ważne usługi.

W leczeniu tocznia posługiwał się Finsen w początkach skoncentrowanem światłem słonecznem, później prawie wyłącznie silnem światłem lampy łukowej. Przekonał się bowiem, że światło lampy łukowej zawiera daleko więcej promieni pozafiołkowych, niż światło słoneczne, które to promienie, jak sądził, mają wielką siłę bakteryobójczą. Promienie żółte i czerwone czyli cieplne, nie mające znaczenia leczniczego, wyłączał Finsen z pomocą przyrządów chłodzących (t. j. zimnej wody, zwilżającej stale soczewki lampy Finsenowskiej).

Uwzględniając, że krew, resp. ciałka krwi absorbują w znacznej części promienie fiołkowe i pozafiołkowe, o których działanie w leczeniu tocznia chodzi, zastosował Finsen tak zwane kompresoryum, ucisk skóry aż do zupełnego usunięcia krwi zapomocą soczewki z kwarcu.

Metoda Finsena przy całem uznaniu jej wartości leczniczej i kosmetycznej jest tak kosztowna, że tylko kliniki i większe szpitale mogą pozwolić sobie na tak duży wydatek. Do tego musimy dodać, że niezawsze jednorazowe naświetlenie wiedzie do celu. Dlatego też metoda ta na szeroką skalę może być stosowana tylko w dobrze wyposażonych klinikach i szpitalach.

Co do pytania, jak trzeba sobie tłómaczyć działanie metody Finsena, to należy przyjąć, że nie zachodzi tu wyjałowienie tkanki przez zabicie prątków, ale że istotnym czynnikiem gojącym jest bezwątpienia długotrwały, głęboko sięgający fotochemiczny stan zapalny skóry, który to stan zapalny następowo wiedzie do wessania nacieków patologicznych. Badania histologiczne Glebowskiego i H. Schmida wykazały, że w następstwie naświetlenia następuje rozszerzenie naczyń skóry, emigracya leukocytów z naczyń i naciekanie nimi tkanki toczniowej, następnie zmiany degeneracyjne w komórkach tkanki toczniowej i dalsze sprawy gojenia.

Leczenie zapomocą lampy Finsena stosujemy najkorzystniej w przypadkach tocznia twarzy i rąk, dobierając do tego ogniska mniejsze, płaskie, najlepiej te, których nie poddawano żadnym innym zabiegom. Także odpowiednie, niezbyt daleko posunięte przypadki, skombinowane z toczniem błon śluzowych, mogą być poddane tej metodzie, która jest najłagodniejszą, a ze stanowiska kosmetycznego najlepszą ze znanych metod. Co do powikłań tocznia z toczniem podniebienia, dobre usługi oddaje naświetlanie promieniami Roentgena.

Tocznia uważamy za wyleczonego, jeśli przy zupełnem zniedokrwieniu skóry zapomocą szkła nie możemy wykazać ani śladu guzków.

Co do sprawy nawrotów przy metodzie Finsena, to prof. Schmidt podaje dwie duże statystyki, objaśniające wyniki tej metody. Statystyka instytutu Finsena w Kopenhadze obejmuje przypadki od r. 1896—1910, wogóle 1.835 przypadków tocznia. Zmarło 233 chorych, nie doczekawszy wyników zabiegów. Z pozostałych 1.602 zostało wyleczonych 955. Z tych 955 wyleczonych 182 było 10 lat bez nawrotu, 380 5—10 lat bez nawrotu, 252 2—5 lat bez nawrotu, 141 mniej niżeli dwa lata bez nawrotu. Druga statystyka dotyczy instytutu Finsena w Londynie. Od roku 1900—1913 leczono tam 1.356 przypadków tocznia:

Wyleczonych 3—13 lat	544
Wyleczonych od mniej niż 3 lat	196
Przypadków wymagających od czasu do czasu pomocy	117
Polepszeń	161
Nieuleczonych	31

Przestało się leczyć	127
W leczeniu	190
Razem	1.356

Co do lampy kwarcowej, to prof. Schmid jest tego zdania, że z jej pomocą uzyskujemy przy toczniu szybkie spłaszczenie nacieków toczniowych, ale w bliznowatej skórze znajdują się częściej tu i owdzie gruzełki, tak że Schmid poleca tu następowe naświetlania lampę Finsenowską. Według bowiem badań Dettmera światło lampy kwarcowej Kromayera przechodzi skórę cokolwiek więcej, niż na 1 mm w głąb, nie dociera więc do ognisk głębiej położonych.

Promieniami Roentgena zwalczamy skutecznie dwie postacie tocznia: lupus tumidus i lupus exulcerans. Leczenie to jest w większej części przypadków przygotowujące. Pod wpływem promieni Roentgena nacieki spłaszczają się, owrzodzenia zabliźniają się, a pozostałe tu i owdzie guzki poddajemy działaniu lampy Finsena. Niekiedy atoli dochodzimy w tych postaciach tocznia także z pomocą samych promieni X do celu. Przy t. zw. lupus follicularis wystarcza niekiedy jedno naświetlenie promieniami X, żeby uzyskać skutek leczniczy.

Na usługach nowoczesnej dermatologii znajdują się również rad i mesothor. Prócz bardzo ważnych fizycznych i chemicznych własności posiadają te ciała odrębne biologiczne działanie, tak na tkanki roślinne, jakoteż i zwierzęce. Własność tę wyzyskała medycyna dzisiejsza dla celów leczniczych, wyznaczając tym środkom szereg wskazań przy rozmaitych sprawach chorobowych, toczących się bądź na powłokach, jako też wewnątrz ustroju.

Tak rad, jak i mesothor, znalazły dzięki swym własnościom leczniczym i bardzo dogodnej formie stosowania stosunkowo szerokie zastosowanie, (mimo olbrzymich kosztów, jakie leczenie tego rodzaju pociąga za sobą). Także w leczeniu tocznia, głównie błon śluzowych, gdzie innemi metodami trudniej dochodzimy do celu, znajdują obie substancye promieniotwórcze ważne zastosowania.

W leczeniu tocznia nie wolno zapomnieć, że toczeń nie jest cierpieniem wyłącznie skóry, że jest on wyrazem zmniejszonej odporności przeciw gruźlicy, że w większości przypadków błona śluzowa jest punktem wyjścia tocznia, którego początków szukać należy w wieku młodym. Zadaniem przeto lekarza jest przy uwzględnianiu warunków higienicznych, dyetetycznych, ew. metod internistycznych, zwrócenie uwagi na tę najczęstszą lokalizacyę tocznia.

Starym wypróbowanym środkiem w gruźlicy, zwłaszcza t. zw. chirurgicznej, jest jod. Środek ten przy toczniu błon śluzowych wywiera w łagodnych postaciach tocznia górnych dróg oddechowych niekiedy wybitne działanie w kierunku t. zw. »Umstimmung des Gewebes«. To znaczy, że toczeń, który przedtem nie oddziaływał na leczenie światłem, następnie po zastosowaniu jodu ma skłonność do wygojenia się.

Metoda Pfannenstiela stosowania jodu (i H_2O_2 w postaci nakraplania na miejsca tocznem zajęte), wymaga tak ze strony lekarza, jak i chorego, wielkiej cierpliwości. W 5 przypadkach na 11 podaje autor zupełne wyleczenie.

Holländer poleca wewnętrznie jodek potasu.

Dreuw podaje, że w szeregu przypadków widział dobre wyniki po miejscowem zastosowaniu 1% kwasu solnego, które to leczenie wymaga ścisłej kontroli lekarza.

Hinsberg podaje, że w kilkunastu przypadkach tocznia używał z dobrym skutkiem kwasu mlecznego.

Wittmaak używa 10%—20% maści pyrogallusowej na tocznia błon śluzowych, jako zabiegu pomocniczego przed stosowaniem radu lub mesothoru. Inni autorzy podali szereg środków chemicznych, mniej lub więcej działających.

W nowszych czasach z powodzeniem stosuje się również przy toczniu błon śluzowych wszystkie znane zabiegi świetlne, jakoto światło słoneczne, Finsenowskie, lampę kwarcową, promienie Roentgena, rad i mesothor.

Leczenie słoneczne przy gruźlicy tak chirurgicznej, jak i skórnej i błon śluzowych, stosują Bernhard i Rollier. Wyniki, które oni podają (na zjeździe w Londynie 1913), są ogromnie zachęcające.

Światło Finsena znajduje przy toczniu błon śluzowych mniejsze zastosowanie, a to z dwóch względów: po pierwsze trudny przystęp (tylko błona śluzowa ust), po drugie postulat kosmetyczny wchodzi tu mniej w rachubę.

Naturalnie nie należy zapominać przy stosowaniu innych metod o ewentualnem zniekształceniu dróg oddechowych przy nieumiejętnem postępowaniu, gdyż z tą chwilą szanse wyleczenia bardzo obniżamy.

Do metody Finsena nadaje się prócz błony śluzowej ust tylko przednia część nosa, resp. jej błona śluzowa. Podniebienie, gardło, tak do metody Finsena, jak i do lampy Kromayera, nie nadają się z przyczyn technicznych. Co do leczenia błon śluzowych promieniami Roentgena, to jest ono ograniczone do podniebienia twardego i jam nosowych, przy użyciu odpowiednich filtrów i zabiegów, chroniących otoczenie.

W leczeniu tocznia błon śluzowych posługujemy się wreszcie radem i mesothorem, ciałami o wysokiej energii promieniotwórczej, związanej w małej masie tych ciał.

Przy użyciu tych ciał kierujemy się siedzibą ogniska chorobowego na błonach śluzowych. Od usadowienia się sprawy zależeć będzie wybór filtrów i czas naświetlania. Niemniej pamiętać należy, że działanie promieni radu i mesothoru zależy również od regulacyi dopływu krwi i limfy. Zniedokrwienie daje możność głębszego wnikania promieni, zastój żylny i znieczulenie przyczyniają się do działania powierzchownego.

Obok metod świetlnych odgrywa w najnowszych czasach w leczeniu tocznia tak skóry, jakoteż błon śluzowych, metoda t. zw. »zimnej kaustyki« (zapomocą igły Forestea) bardzo doniosłą rolę.

W miejscu zetknięcia końca igły (punkt wyjścia prądu elektrycznego o niezliczenie wysokiej liczbie przerw) z tkanką chorą, tkanka na małym obszarze zostaje bardzo szybko zniszczona, wraz z nią naczynia krwionośne, jako też limfatyczne. Gojenie się przy tej metodzie trwa 4—6 tygodni, jak podaje Albanus. Tenże autor podaje w pracy »Bekämpfung des Schleimhautlupus« większą statystykę (183 chorych) toczniowych ze zmianami na błonach śluzowych. W 80% przypadkach tocznia górnych dróg oddechowych uzyskał Albanus bądź wyleczenie, bądź wybitną poprawę. Powyższa metoda sama, jak przyznaje Albanus, nie wiedzie do celu; w związku z innemi metodami, jak promieniami Roentgena, radu, mesothoru — jak niemniej ze środkami ogólnymi dyetetycznymi, higienicznymi, oddaje często ważne usługi.

Wybór metody, ewentualnie kombinacyi kilku metod, zależy od ogólnego stanu chorego, siedziby, rozległości i natężenia sprawy toczniowej; — nie mniej ważną muszą niestety odgrywać rolę także warunki natury zewnętrznej wobec kosztów leczenia zachowawczego.

Ażeby przekonać się, że koszta te są bardzo duże, wystarczy zajrzeć do »Statystyki chorych na toczeń miasta Hamburga«. Koszta leczenia w r. 1909 wynosiły na głowę 343 mk, w r. 1910 417 mk, w r. 1911 350 mk i t. d. Koszta wynikłe z leczenia ponosiły kasy chorych i krajowe instytucye ubezpieczeń.

Tak wysokich kosztów można niekiedy uniknąć w takich przypadkach, gdzie choroba nie wymaga stałej obserwacyi klinicznej. Większość takich chorych poddaje się leczeniu ambulatoryjnemu, przez co odpadają koszta wyżywienia. Wielką usługę oddają klinikom i szpitalom przytułki dla chorych na tocznia, gdzie mogą oni po kilka do kilkunastu dni przebywać, dochodząc do klinik celem stosowania odpowiednich zabiegów. Przy sumiennem badaniu, używaniu dostosowanych do przypadku metod udaje się

w wielu przypadkach, nawet ciężkich, usunąć niezdolność do pracy na szereg lat. Przypadki »wyleczone« należy jednak jeszcze przez długie lata nadzorować, badając przynajmniej dwa razy do roku, czy niema nawrotu.

Oto są w ogólnych zarysach naszkicowane metody walki z toczniem jako chorobą nagminną, stosowane w Niemczech. W walce tej lekarze niemieccy i organizacye socyalne idą obok siebie. Jeśli wyniki dotychczasowej walki nie są w Niemczech takie, jakimi dziś szczyci się Finsen, w którego ojczyźnie toczeń przestał być uważany za chorobę nagminną, to wina leży, jak twierdzą, w niedość wydoskonalonej organizacyi walki z toczniem.

Walka z toczniem łączy się nader ściśle z walką z gruźlicą wogóle. To też »Związek centralny dla zwalczania tocznia w Niemczech« nakreślił sobie następujące zadania: a) Uświadamianie ludności o znaczeniu gruźlicy i tocznia w szczególności, przez szereg broszur i odczytów bezpłatnych. b) Bezpłatne badanie podejrzanych przypadków w kierunku jakiejkolwiek postaci gruźlicy, a szczególnie tocznia. c) Kontrola wyników leczenia, subwencye dla klinik, szpitali i lecznic prywatnych, o ile wykażą się odpowiednimi wynikami. d) Wspomaganie materyalne, ułatwianie wyszukania pracy dla uleczonych, pomoc dla rodzin chorych podczas niezdolności do pracy.

Energii i pracy tego Związku zawdzięczają dziś setki chorych na toczeń wyleczenie, pomoc materyalną i moralną, zaś miasto Hamburg inicyatywę założenia wielkiej lecznicy toczniowej, wyposażonej w najnowsze urządzenia.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Adolf Czajkowski: **Makowiec polski i spostrzeżenia nad nim.** (Gaz. lek. 1916, 6). Jeszcze przed wojną, w r. 1914, podjęła stacya rolnicza w lubelskiem na zlecenie Towarzystwa »Planta« próby wytwarzania makowca. Szło o stworzenie podstaw dla nowej gałęzi drobnego przemysłu rolnego, a zarazem o uzyskanie dla kraju produktu, czystszego i lepszego od makowca sprowadzanego, który często jest zafałszowany i zawiera zbyt mało morfiny. Makowiec uzyskiwano, tak jak w Chinach, przez powierzchowne nacięcia niedojrzałych makówek (z importowanych nasion »papaver somniferum«), zgęstniały sok zbierano następnego dnia i suszono, powtarzając to na każdej makówce kilka razy w ciągu lata. Z prób tych pozostała niestety niewielka ilość do badań, bo wojna zniszczyła plantacye i zbiory. Makowiec ten zbadano w dwóch warszawskich pracowniach, stwierdzając w świeżym 10%, w wysuszonym 12% morfiny. (Makowiec chiński zawiera jej 2—5%, indyjski 4—7%, perski 8—16%). Z nalewką z tego makowca, przyrządzoną według farmakopei rosyjskiej, wykonał C. próby naprzód u zwierząt z wynikiem pomyślnym. Następnie, podając tę nalewkę chorym na ostrą biegunkę o średniem natężeniu, przekonał się C., że nie ustępuje ona w niczem nalewkom z makowców zagranicznych co do działania przeciwbiegunkowego i nie wywiera szkodliwych działań ubocznych. W kilku przypadkach bezsenności i rozdrażnienia użył C. nalewki polskiego makowca, jako środka nasennego, z wynikiem również dobrym. Makowiec przeto, wytworzony w kraju, można uznać za równowartościowy z zagranicznym; jest tylko bardziej gorzki. r.

Prof. Meyer, Klink i Schlesies: **Spostrzeżenia dotyczące duru osutkowego.** (Berl. kl. W. 1916, 8). Spostrzeżenia autorów obejmują 134 przypadków. Rozpoznawczą wartość mają według autorów: ból głowy, rosnąca gorączka po wstępnym dreszczu, osutka przy braku prątków duru brzusznego we krwi i przy braku leukopenii, zapalenie spojówek, spojrzenie osłupiałe, drżąca mowa, uderzająco czerwony brzeg obłożonego języka, drżenie mięśni twarzy, wcześnie występujące przyspieszenie tętna, osłabienie serca, bredzenie. Do do rokowania zauważają autorowie tylko tyle, że dur osutkowy nie jest chorobą tak bezwzględnie śmiertelną, jak sądzono z początku wojny, że rokowanie jest tem gorsze, im chory starszy i gorsze u żołnierzy niemieckich, niż rosyjskich. Leczenie polegało na stosowaniu świeżego powietrza (w miejscu zasłonionem od wiatru) przez cały dzień, wzmacnianiu serca przed wystąpieniem osłabienia zapomocą naparstnicy, a potem wielkich dawek kamfory, kofeiny, ewentualnie wlewań rozczynu fizyologicznego i cukru gronowego. Nadto, jako nowego sposobu leczenia, używali autorowie wielkich dawek optochiny (przerywając jednak podawanie w razie zjawienia się mroczków przed oczyma!), a mianowicie wewnętrznie 6, 8, a nawet 10 razy dziennie po 0·25. albo podskórnie 2—3 wstrzyknięcia po 0·25 (rozczyn w ciepłym alkoholu, rozcieńczony potem olejem kamforowym), nawet śródżylnie (w rozczynie fizyologicznym). Zmarło 4 chorych (zaledwo = 3%). Okres gorączkowy przy optochinie skraca się nieco (do 12 dni). r.

Rösler: **Autoseroterapia duru osutkowego.** (Wiener kl. W. 1916, 12). Uzyskawszy zapomocą autoseroterapii pomyślne wyniki w durze brzusznym, a uwzględniając bezskuteczność wszelkich środków leczniczych w durze osutkowym, podjął R. próby z autoseroterapią w durze osutkowym. Na szczycie gorączki zaraz po przyjęciu chorych na oddział upuszczano 90—100 cm^3 z żyły łokciowej (ściśle aseptycznie), po skrzepnięciu odwirowywano i zaprawiano $^1/_{10}$ objętości 5% kwasu karbolowego[1]) (później nie używano tego dodatku, tylko przesączano surowicę przez świecę Berkefelda, a wstrzykiwano ją, sprawdziwszy jałowość). Wstrzykiwano dawki stopniowo coraz większe, począwszy od 1 cm^3 do 5 cm^3, do żył, przez kilka dni z rzędu, aż do zupełnego ustąpienia gorączki. Wyniki tego postępowania, zastosowanego w 3 bardzo ciężkich przypadkach, były pomyślne. Ciepłota zaczyna spadać w 2—3 godzin po wstrzyknięciu; gorączka ustępuje zupełnie po 4—5. wstrzyknięciu, czynność serca poprawia się już po pierwszem wstrzyknięciu. Odczynowi po wstrzyknięciu towarzyszą silne poty i znaczne polepszenie się stanu podmiotowego. r.

Neustadl i Marcovici: **Leczenie duru brzusznego tyfiną.** (M. m. W. 1916, 11). N. i M. próbowali leczyć 25 przypadków duru brzusznego zapomocą szczepionki, uzyskanej przez Gröera, zawierającej wydobyte z prątków durowych rozpuszczalne ciała białkowate. Szczepionka, nazwana »typhin«, ma tę wyższość nad innemi, że daje się dokładnie dawkować w miligramach. Wszystkie leczone przypadki były rozpoznane stanowczo jako dur (odczyn Widala, hodowla); choroba trwała conajmniej 2 tygodnie. Na dwa dni przed wstrzyknięciem tyfiny »przygotowywano«serce przez podanie digalenu. W 21 przypadkach stosowano wstrzykiwania kombinowane: po 0·75 cm^3 tyfiny do żył i śródmięśniowo; w 4 przypadkach tylko śródmięśniowo, 4 cm^3 naraz. W pół godziny po wstrzyknięciu dreszcz, potem wzrost gorączki do 40°, następnie nagły spadek wśród potów aż poniżej poziomu prawidłowego. Zapad zdarzył się przytem w 2 przypadkach (raz śmiertelny). N i M. przypisują to temu, że serce w tych przypadkach nie było dostatecznie przygotowane przez podawanie digalenu. Z 4 przypadków, w których wstrzykiwano tylko śródmięśniowo, w 2 wyraźne polepszenie, w 2 — nie było skutku. Natomiast z 21 przypadków, gdzie kombinowano wstrzykiwanie dożylne ze śródmięśniowem, osiągnięto w 11 bardzo wybitny skutek (zupełne ustąpienie gorączki), w 4 był skutek mniej wybitny, ale niewątpliwy, w 3 dalszy przebieg tylko złagodniał, 3 zaś chorych zmarło. — Na tej zasadzie uważają autorowie leczenie duru brzusznego tyfiną za skuteczniejsze od leczenia innemi szczepionkami. r.

Prüssian: **Epidemia gorączki powrotnej, leczona neosalwarsanem.** (M. m. W. 1916, 10). W jednym ze szpitali dla jeńców spostrzegał P. 127 przypadków duru powrotnego, z których 90 leczył neosalwarsanem. Jestto największa liczba, u jakiej w jednej epidemii stosowano neosalwarsan (Iversen w r. 1910 miał sposobność leczyć tym sposobem 45 chorych w jednej epidemii). W 94·4% z tych 90 przypadków wystarczyło jedno wstrzyknięcie 0·45 neosalwarsanu do żył, aby nie dopuścić do drugiego napadu i wywołać trwałe wyleczenie. Zejścia śmiertelnego nie było żadnego (w nieleczonym durze powrotnym bywa 2—5%). Działań ubocznych nic zauważono. r.

Jürgens: **Czy istnieje związek między puchliną (głodową) w obozach jeńców, a chorobami zakaźnemi?** (Berl. k. W. 1916, 9). Na zasadzie swych spostrzeżeń daje J. na to pytanie odpowiedź przeczącą. Puchlina jest wynikiem zboczeń w przemianie materyi, mogących wystąpić zarówno w obozach zakażonych, jak niezakażonych; można ją usunąć przez staranne ży-

[1]) Dodawać kwasu karbolowego należy kroplami, lekko kłócąc surowicę, aby uniknąć strącania się białka i zmętnienia surowicy.

wienie, poczem nie pojawia się ona ponownie, nawet jeśli w danym obozie znów wystąpi dur powrotny lub inna epidemia. r.

Dünner i Eisner: **Sto przypadków krupowego zapalenia płuc, leczonych optochiną.** (Ther. d. Gegenw. 1916, 2). Spostrzeżenia D. i E., zebrane na oddziałach prof. Klemperera i prof. Zinna, są o wiele mniej korzystne, niż mnogie spostrzeżenia innych autorów. Mianowicie D. i E. nie zdołali stwierdzić, aby optochina przyspieszała rozejście się (resolutio) zapalenia, aby w jakikolwiek sposób wspomagała powrót do stanu prawidłowego, aby wyraźnie zmniejszała śmiertelność (w przypadkach »wczesnych« zmarło 12·6%), co zresztą nader trudno ocenić wobec bardzo rozmaitego przebiegu przypadków zapalenia płuc, nawet zupełnie nie leczonych, wobec znanego wpływu wieku, alkoholizmu i t. p. Okazało się zaś, że optochina często (19 razy na sto) wywołuje takie skutki uboczne, z którymi lekarz poważnie liczyć się musi w praktyce, a mianowicie szum w uszach, mroczki przed oczyma, wymioty, dwa razy nawet przejściowe zaniewidzenie, raz zaś, co gorsza, ciężkie zaniewidzenie, które dopiero po 2 tygodniach zwolna ustąpiło. r.

Feilchenfeld: **Zaniewidzenie wskutek optochiny.** (Deut. m. W. 1916, 11). Zweig: **Leczenie zapalenia płuc optochiną.** (Wiener kl. Woch. 1911, 11).

U 20-letniego chorego Feilchenfelda nastąpiło wskutek cogodzinnego podawania zwyczajnie zalecanej dawki 0·2 optochiny (w ogólnej ilości 5 gr.) trwałe uszkodzenie wzroku, przedtem prawidłowego. Mianowicie jeszcze w 10 tygodni po zaniewidzeniu pod wpływem optochiny stwierdzono: Pr. O.—4.0 S $^{6}/_{6}$, LO.—1.0 S $^{6}/_{6}$, ślepota zmierzchowa, mroczki, podmiotowe przerwy (scotoma), obustronne znaczne zwężenie pola widzenia. Ponieważ zboczenia słuchu pojawiają się w razie szkodliwego działania optochiny wcześniej od zboczeń wzroku, przeto należy w tej chwili optochinę usunąć, skoro pojawią się zaburzenia słuchowe.

Zweig leczył optochiną 44 chorych na krupowe zapalenie płuc, podając ten lek po 0·25, a na dzień 1·0 (w pierwszym dniu 1·5). Zmarło 5 chorych, śmiertelność tu zatem (11%) była większa nawet, niż przy innych sposobach leczenia. W przypadkach pomyślnych następował przełom pod wpływem optochiny wcześniej; bardzo korzystnie działa optochina na podmiotowy stan chorych. Natomiast co do działania ubocznego nie okazała się optochina wcale tak niewinną, jak podawano w początkach jej stosowania. Pominąwszy dolegliwości słuchowe (2 przypadki) i częste wymioty (2 przypadki), spostrzegał Z. w jednym przypadku już po 0·5 optochiny zupełne zaniewidzenie, które wprawdzie obecnie, po 33 dniach, częściowo ustąpiło, jednakże pozostawiło jeszcze znaczne upośledzenie wzroku. r.

Moszkowski: **Zwalczanie krwawych stolców.** (Berl. kl. W. 1916, 5). W 13 przypadkach krwawych stolców, w których nie było czerwonki (nie wykryto swoistych prątków), natomiast wysoka gorączka, obrzęk śledziony i inne objawy przemawiały za paratyfusem, zastosował M. przeciw krwawym stolcom wysokie wlewania jelitowe zawiesiny jodoformu w gumie arabskiej (Rp. Jodoform 80., gummi arab. 100., aq. dest. 180.), wstrzykując ją zapomocą miękkiego zgłębnika żołądkowego, wsuniętego na ½ metra do kiszki, pod silnem parciem z małej strzykawki w ilości 40—50 cm³. Lawatywy oczyszczającej przed wlewaniem M. nie zaleca. Zawiesina pozostawała w kiszce 2—3 godzin. Po jednem do pięciu wlewań ustawało krwawienie, biegunka i parcie; raz tylko trzeba było zastosować 9 wlewań. Mimo bardzo wielkich dawek jodoformu (10—11 gr. na dzień) nie było objawów zatrucia. r.

Stephan: **W sprawie leczenia dychawicy oskrzelowej rozpylaniem leków przez bronchoskop.** (Deut. m. W. 1916, 4). S. stosował rozpylania (spray) 5—10 gr. 0·5% do 1% roztworu nowokainy z dodatkiem 5—10 kropel adrenaliny w 10 przypadkach dychawicy, w razie potrzeby usuwając przedtem śluz z oskrzeli zapomocą pompy ssącej, zastosowanej do bronchoskopu. Wyniki nie były wcale tak pomyślne, jak podają inni autorowie. W jednym przypadku nie było wcale skutku, w 2 wynik nieznaczny, w 6 przerwały się napady dychawicy tylko na 2—12 tygodni, a tylko w jednym na 9 miesięcy. Niemniej nie należy zaniedbać i takiego leczenia, jeśli inne sposoby nie odniosły skutku. r.

Doc. Bacmeister i doc. Küpferle: **O leczeniu gruźlicy płuc promieniami Röntgena.** (Deuts. m. W. 1916, 4). W dwu artykułach zdają B. i K. sprawę z prób leczenia gruźlicy przez rentgenizacyę, podjętych u zwierząt i u ludzi. Twarde filtrowane promienie mogą, jak się okazało, wyleczyć gruźlicę płuc, doświadczalnie wywołaną u królików; działają one na tkankę gruźliczą, wywołując jej zbliznowacenie, nie działają zaś na same prątki. Dawka promieni musi być dobrana (optimum); zbyt małe dawki w długich przerwach nie działają, zbyt duże uszkadzają zdrowe części płuc. Działanie lecznicze odpowiednich dawek stwierdzono u zwierząt zarówno w gruźlicy krwiopochodnej, jak i aspiracyjnej. Promienie lampy kwarcowej nie mają wpływu na gruźlicę. — Na zasadzie wyników doświadczeń, przeprowadzonych na zwierzętach, podjął B. próby leczenia gruźlicy płuc u 44 chorych; wyniki pomyślne osiągnięto u 19 chorych w I okresie (Turbanowskim) i u 14 chorych w II okresie; u 11 chorych w III okresie nie osiągnięto żadnego skutku. Najlepsze wyniki dawało leczenie połączone zapomocą promieni Röntgena i lampy kwarcowej. Z 20 przypadków gruźlicy niepostępującej w 9 osiągnięto zdolność do pracy; polepszenie osiągnięto w 10 przypadkach gruźlicy przewlekle postępującej, częścią w takich, które były leczone poprzednio sanatoryalnie 5—14 miesięcy bez skutku. r.

Fränkel i Fürer: **Studya krytyczne nad doświadczalnem leczeniem nowotworów złośliwych.** (Część V). (Wiener kl. W. 1911, 11). W długim szeregu doświadczeń na zwierzętach z nowotworami sztucznie zaszczepionymi, próbowali F. i F. w końcu środków, mających wybitną własność niszczenia komórek, a więc przedewszystkiem licznych związków z grupy saponinowej, dalej z grupy aminów i hydrazynów (m. i. toluylendiaminy i tiosinaminy); następnie stosowali związki kwasu szczawiowego i cytrynowego. Ale i te doświadczenia, jak wszystkie dawniejsze, dały wyniki ujemne. Wprawdzie powiodło się stwierdzić, że istnieją związki, które wybitnie niszcząco wpływają na komórki, nietylko miejscowo, ale nawet zastosowane w innej okolicy ustroju (działanie z odległości), jednakże żaden z tych środków nie ma względem komórek nowotworu działania swoistego; działanie ich na te komórki nie różni się w zasadzie od działania na komórki tkanek prawidłowych i nie da się zastosować wybiórczo. Wynik ten nader licznych i żmudnych doświadczeń obala zarazem wszystkie teorye, jakie stworzono celem wytyczenia kierunku dla prób chemoterapii nowotworów. r.

Simmonds: **Chera przysadkowa.** (Deut. m. W. 1916, 7). W trzech przypadkach postępującej, ostatecznie śmiercią zakończonej chery, której pochodzenie klinicznie nie dało się wyjaśnić, stwierdził S. przy sekcyi jako jedyną zmianę zupełne zniszczenie przysadki mózgowej, a to dwa razy przez nowotwór, raz wskutek zatoru i martwicy. Wobec tego przyjmuje S. odrębną postać chorobową: »Cachexia hypophyseopriva« i proponuje, aby w takich przypadkach próbować leczenia przetworami przysadki. r.

Pedyatrya.

Brudziński: **O nowej postaci objawu karkowego w zapaleniu opon mózgowordzeniowych u dzieci: objaw karkowy na kończynach górnych.** (Gazeta lek. 1916, 16). Odkryty przez B. w r. 1909 objaw karkowy (przyjęty już obecnie w całej Europie pod nazwą objawu Brudzińskiego; przyp. sprawozdawcy) polega na tem, że bierne zgięcie karku wywołuje u dzieci, dotkniętych zapaleniem opon, przykurczenie obu kończyn dolnych w stawach biodrowych i kolanowych z jednoczesnem odwiedzeniem kończyn. Objaw ten jest bardzo częsty, i stąd ma wielkie znaczenie rozpoznawcze. Obecnie spostrzegł B., że zginanie karku wywołuje w niektórych przypadkach zapalenia opon przykurczenie nietylko kończyn dolnych, ale i górnych, mianowicie ręce zginają się w stawach łokciowych i unoszą ku górze. I ten objaw nie jest odruchem obronnym z powodu bolu, lecz takimsamym niezależnym od bolu odruchem, jak objaw karkowy na kończynach dolnych. Badając objaw karkowy na kończynach górnych, należy stanąć po prawej stronie chorego, prawą ręką przytrzymać tułów, kładąc ją na klatce piersiowej tak, aby ręka prawa chorego była na ręce badającego, (a nie pod nią), lewą zaś ręką zgiąć dość mocno głowę chorego ku przodowi. Objaw karkowy na kończynach górnych stwierdził B. dotąd w 35 przypadkach równolegle z odruchem na kończynach dolnych, bez tego odruchu w 7 przypadkach; tylko na kończynach dolnych bez objawu na kończynach górnych znalazł B. odruch w 2 przypadkach. Z owych 35 przypadków było w 22 zapalenie opon gruźlicze, w 6 podrażnienie opon w chorobach ostrych (zapalenie płuc, dur brzuszny), w 4 ropne, a w 3 surowicze zapalenie opon. Wartość objawu karkowego na kończynach górnych idzie w parze z wartością takiegoż objawu na kończynach dolnych. r.

Brudziński: **O nowych objawach podrażnienia i zapalenia opon mózgowordzeniowych u dzieci: a) o objawie policzkowym, b) o objawie spojenia łonowego.** (Gaz. lek.

1916, 15). Wykryte przez B. nowe objawy podrażnienia i zapalenia opon występują dość równolegle, a dopełniają się wzajemnie, dotycząc kończyn górnych i dolnych. Objaw policzkowy polega na tem, że ucisk obustronny na policzki tuż pod kością jarzmową wywołuje szybkie odruchowe uniesienie obu kończyn górnych ku górze, ze zgięciem w stawach łokciowych. Przy badaniu stanąć należy z lewej strony chorego twarzą do jego nóg, a ucisk na policzki wykonywa się rozstawionymi palcami, wielkim i wskazującym, ręki prawej. Objaw spojenia łonowego polega zaś na tem, że ucisk (palcem wielkim i wskazującym) na spojenie łonowe wywołuje przykurczenie obu kończyn dolnych. Co do objawu policzkowego badał B. dotąd 254 dzieci; wynik dodatni otrzymał w 90 przypadkach, z tego w 21 takich przypadkach, w których nie było innych objawów podrażnienia opon mózgowych. Z 85 dzieci, dotkniętych zapaleniem lub podrażnieniem opon, wystąpił objaw policzkowy u 69, brakowało go w 16 przypadkach. Wszystkie 21 przypadków, w których objaw policzkowy wykryto, a nie było innych objawów podrażnienia opon, dotyczyły dzieci dotkniętych gruźlicą. U dzieci zdrowych i dotkniętych innemi chorobami poza zapaleniem lub podrażnieniem opon i poza pewną kategoryą chorych na gruźlicę, — nie było nigdy objawu policzkowego. Wnosząc stąd, przypisać należy objawowi policzkowemu znaczną wartość rozpoznawczą dla zapalenia i podrażnienia opon u dzieci, dotkniętych gruźlicą. — Objaw spojenia łonowego badał B. dotąd u 70 dzieci; z tych 21 było chorych na gruźlicze zapalenie opon i u wszystkich 21 wynik badania był dodatni. r.

Prof. R. Kraus: **Nowy sposób leczenia krztuśca.** (Deut. m. W. 1916, 10). Kraus próbował leczyć krztusiec zapomocą białka, zawartego w plwocinie chorych na krztusiec, a to opierając się na spostrzeżeniu, że substancye białkowate nawet nieswoiste wywierają przy wstrzyknięciu podskórnem pewien wpływ korzystny na przebieg różnych chorób zakaźnych. Sprawdziwszy, czy plwocina nie zawiera prątków gruźliczych, przemywa się ją, miesza z eterem i wstrząsa tę mieszaninę przez 3—4 dni w przyrządzie do kłócenia cieczy. Po odparowaniu eteru i sprawdzeniu (zapomocą hodowli i doświadczeń na zwierzęciu), czy pozostałość jest jałowa, zbiera się ją do flaszeczek. Płyn ten wstrzykuje się chorym podskórnie po 1—3 cm^3 w odstępach 2—3 dniowych. Próby, podjęte u 50 dzieci, chorych na krztusiec, w szpitalach w Buenos-Ayres, dały wyniki wogóle zachęcające. Środek okazał się nieszkodliwym (tylko kilka razy zauważono bolesność w miejscu wstrzyknięcia i przelotną gorączkę), napady krztuścowe zmniejszały się co do częstości i nasilenia, wymioty ustawały, kaszel często już w 10—14 dni zupełnie ustawał. (Coprawda, zupełnie tosamo pisano już o niezliczonych środkach »przeciwkrztuścowych«, dotychczas podawanych. Przyp. sprawozd.). r.

Prof. Langstein: **Patologia i leczenie drgawek w wieku dziecięcym.** (Zeit. f. ärztl. Fortbildung Nr 11, 1914). Minęły już czasy, kiedy ząbkowanie albo robaki uważano za przyczynę drgawek w wieku dziecięcym. Skłonność do kurczów (spasmophilia) odgrywa tu doniosłą rolę. Ta skłonność do drgawek może być ukrytą lub jawną. Lekarz powinien rozpoznać tak jedną, jak i drugą, ażeby zastosować w porę odpowiednie leczenie. Oprócz usposobienia, przyczyną drgawek w wieku dziecięcym bywa również przymiot dziedziczny, wodogłowie, padaczka rodzima. Drgawki na tle usposobienia (spasmofilii) mają następujące właściwości. Występują w drugiej połowie pierwszego roku życia, bardzo rzadko zjawiają się przed piątym i szóstym miesiącem życia. Dalej występują one tylko u dzieci sztucznie karmionych. Jeżeli u dziecka karmionego piersią wystąpią drgawki, to przyczyna ich leży gdzieindziej, a nie w usposobieniu do kurczów. Charakterystyczne dla drgawek tego rodzaju są: Objaw Chvostka: przy uderzeniu w policzek drgają mięśnie, unerwione przez n. twarzowy; objaw Lusta: przy uderzaniu w mięsień strzałkowy poniżej główki kości strzałkowej następuje grzbietowe zginanie i odprowadzenie stopy. Objaw Erba, polegający na wzmożonej pobudliwości elektrycznej układu nerwowego, w praktyce ambulatoryjnej niema zastosowania. Poza tem o skłonności do kurczów świadczą poszczególne drgawki, np. mięśni ocznych, w zakresie nerwu okoruchowego, bloczkowego, twarzowego, odwodzącego, drgawki przepony. Spotykamy drgawki tego rodzaju u dzieci przedwcześnie urodzonych. Objaw ten nazywamy »petit mal« skłonności do kurczów (Phänomen petit mal der Spasmophilie). O objawach tych powinien lekarz wiedzieć, nietylko dlatego, ażeby módz uspokoić matkę co do nich, ale i z tego względu, że częściowe drgawki mięśni twarzy, powtarzając się często, uniemożliwiają oseskom ssanie. Drgawki w 2., 3. i 4. miesiącu życia mają podłoże w organicznych zmianach mózgu, w padaczce, w przymiocie dziedzicznym. U oseskόw przedwcześnie urodzonych drgawki w tych pierwszych miesiącach życia pochodzą często z usposobienia do drgawek. Najlepiej się o tem przekonać, zastępując u oseska przedwcześnie urodzonego sztuczne odżywianie piersią matki; jeżeli przy tej zamianie drgawki ustąpią, to drgawki te pochodziły z usposobienia do drgawek (spasmophilia).

Istota usposobienia do kurczów nie jest jeszcze dokładnie znana pomimo przeprowadzonych badań klinicznych i laboratoryjnych. Nie ulega jednak wątpliwości, że skłonność do kurczów wywołać mogą anatomo-patologiczne zmiany gruczołów przytarczycznych (Epithelkörperchen), jak również zaburzenia w przemianie wapnia, polegające na wzmożonem wydzielaniu się wapnia z ustroju.

Leczenie drgawek polega na zastosowaniu odpowiedniej dyety i środków farmaceutycznych. Przy usposobieniu do drgawek odżywianie naturalne zapomocą piersi matki jest idealnym środkiem leczniczym. Postępujemy przytem w sposób następujący. Dziecku sztucznie karmionemu podajemy kalomel celem oczyszczenia jelit. Następnie w przeciągu 12 godzin podajemy dziecku herbatę i przystawiamy dziecko do piersi matki lub mamki. Jeżeli dziecko ma rok lub więcej, kiedy dziecka przystawiać do piersi nie możemy, stosujemy przez osiem dni dyetę mączną, następnie przez dwa dni podajemy wyłącznie herbatkę. Mączki stosujemy jedynie węglowodanowe, nie dodając mleka. Następnie zaczynamy ostrożnie podawać mleko, przechodząc stopniowo do dyety, właściwej wiekowi dziecka i ograniczając ilość mleka aż poniżej $^3/_4$ litra; za to podajemy sporo jarzyn i soków owocowych. Wśród środków farmaceutycznych należy na pierwszem miejscu postawić wodan chloralowy w dawce 0·5 jednorazowo w lawatywie. Lawatywę tę można dać dwukrotnie w ciągu dnia. Dobre wyniki daje fosfor z tranem w rozczynie 0·02 na 200, tranu, 3—4 łyżeczek kawowych dziennie. Najnowszym postępem w lecznictwie jest stosowanie soli wapniowych. Kombinacya bromku wapnia (calcium bromatum) z fosforem i tranem daje doskonałe wyniki. Początkowo należy podawać bromek wapnia w dawce 1—2 g. dziennie i dawkę tę stosować przez 1—2 tygodni. Tosamo leczenie należy stosować przy kurczu głośni (laryngospasmus). Drgawki obejmują nietylko mięśnie prążkowane, ale i gładkie. Na tle usposobienia do kurczów nastąpić może zatrzymanie moczu wskutek skurczu zwieracza pęcherza, może nastąpić zaparcie stolca wskutek skurczu mięśni gładkich jelit. Na tem samem tle mogą wystąpić ciężkie przypadłości ze strony serca w postaci nieregularnego lub zwolnionego tętna, w postaci objawów podobnych do dusznicy bolesnej. Nie powinniśmy o tem zapominać, gdyż zaburzenia sercowe na tem tle mogą wywołać nagłą śmierć dziecka. Wspomniane leczenie obowiązuje tak przy kurczach mięśni poprzecznie prążkowanych, jak i gładkich.

Drgawki padaczkowe mogą mieć swoje źródło w padaczce rodzimej, przy której nie znajdujemy żadnych zmian anatomicznych w mózgu, albo mogą one być objawem przymiotu dziedzicznego wskutek zmian ścian małych naczyń na tle przymiotowem, albo objawem wodogłowia, albo guza mózgu, albo stwardnienia guzowatego (sclerosis tuberosa). W rozpoznaniu rozstrzygać będzie badanie dna oka, odczyn Wassermana, wywiady. Znaczenie uszkodzeń podczas porodu dla powstawania padaczki u dzieci jest przecenione. Uszkodzenie podczas porodu może być przyczyną padaczki jedynie wtedy, jeżeli mózg dziecka był niedostatecznie rozwinięty, lub jeśli budowa anatomiczna mózgu była nieprawidłowa. Padaczka w wieku dziecięcym ma przebieg charakterystyczny. Dziecko w pierwszym roku życia przebywa drgawki, następne drgawki mogą wystąpić dopiero w 6. lub 7. roku życia, a potem znowu dopiero po upływie wielu miesięcy i tygodni wystąpić mogą drgawki. Jest to t. zw. padaczka przerywana. Drgawki w tej postaci padaczki występują w wieku szkolnym i w wieku dojrzewania płciowego. Dzieci, które miały jako oseski tylko jeden lub dwa napady drgawek, mogą znowu dostać drgawek aż w 6. lub 7. roku życia, a następnie w 12. i 13 roku życia. W okresach życia bez drgawek mają one skłonności psychopatyczne lab neuropeutyczne. Ta postać padaczki dziecięcej jest najważniejsza. Padaczka może przebiegać i pod formą stałą. Stała padaczka różni się od histeryi tem, że jej towarzyszą zamroczenia (petit mal), następnie drgawki przy stałej padaczce są krótkotrwałe. Lęk nocny (pavor nocturnus) niema nic wspólnego z padaczką.

Drgawki pochodzenia padaczkowego leczymy bromem. Przedtem jednak poddajemy badaniu dno oka i krew, ażeby się przekonać, czy nie należy zastosować leczenia swoistego. Stosujemy w padaczce dyetę, zawierającą mało białka, z nieznaczną

zawartością soli, przeważnie jarską. Bromu podajemy dzieciom 3—7 gramów dziennie, mieszając bromki potasu, sodu i amonu. Leczenie takie prowadzić należy latami. W leczeniu tem ostatnimi czasy powstały dwie odmiany: Pierwszą odmianą jest leczenie bromowo-makowcowe, polegające na tem, że dzieciom 6—10-letnim podajemy 3 cg. makowca dziennie i dawkę tę co tydzień podwyższamy o 3 cg., dochodząc do 3 dcg. dziennie. Po pięciu tygodniach przerywamy podawanie makowca i w przeciągu tygodnia podajemy duże dawki bromu (5 g.). Podczas tego leczenia może nastąpić pogorszenie, ale po skończonem leczeniu następuje długotrwała poprawa. Druga odmiana jest to leczenie zapomocą sedobrolu. Dwugramowa pastylka sedobrolowa zawiera 1·1 g. bromku sodowego, małe ilości soli kuchennej, białko roślinne, tłuszcz i t. d. 2—3 pastylki z 3—4 dcl. ciepłej wody dają smaczną polewkę z małą ilością soli. Sedobrol ułatwia znacznie stosowanie dyety o małej zawartości soli. Stosownie do okoliczności stosujemy 10—20 gr. sedobrolu. Nie jest jednak rzeczą obojętną pozbawiać ustrój przez czas dłuższy soli kuchennej. Dlatego też w każdym poszczególnym przypadku trzeba zbadać, do jakiego stopnia można ograniczyć podawanie soli, podobnie jak u chorych na cukrzycę badamy, do jakiego stopnia asymilują oni węglowodany. Dlatego też chorych na padaczkę należy początkowo leczyć w zakładach i sanatoryach, gdzie badanie łatwiej przeprowadzić, niż w domu prywatnym. Tadeusz Kon.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Pellidol i azodolen stosował F. Fischer (Dermatol. Zentralbl. Nr 8) w leczeniu wrzodów goleni. Pellidol działa najszybciej przy wrzodach powierzchownych; zaleca się stosować go z kokainą, anestezyną lub cykloformem na wrzody bolesne. Najlepiej stosować go w postaci maści 2–5%. Azodolenu radzi F. używać tylko przy wrzodach niebolesnych w razie potrzeby odkażenia lub pobudzenia ziarnkowania, najlepiej w postaci proszku pod opatrunkiem z opaski (nie z plastra, bo wtedy brzegi wrzodu ulegają maceracyi), który należy zmieniać co najmniej co 4 dni. W okulistyce stosował pellidol Dutoit (Graefe's Archiv 1914. Z. 1) z pomyślnym skutkiem w rozmaitych postaciach zapaleń rogówki, oraz w przypadkach urazowych jej uszkodzeń. Kl.

Bromural zaleca Baur (Zts. d. deutsch. Touring-Club. V. 1914) przeciw bezsenności, niekiedy występującej w górach, oraz jako środek uspokajający po wysiłkach fizycznych (turystyka). Zażywany w dawce 0·3 do 0·9 (1 do 3 kołaczyków) na ½ godziny przed udaniem się na spoczynek 2 razy tygodniowo, działał bromural dobrze, a nie wywierał żadnych skutków ubocznych. Kn.

Sennax jako środek przeczyszczający zaleca Klein (Medico, 1914, 19). Sennax wywołuje wypróżnienie po 5—6 godzinach. W handlu znajduje się w kołaczykach po 0·3. Kn.

Papawerynę próbował stosować w położnictwie prof. J. Halban (Oesterr. Aerzte-Ztg. 1914, 9). Środek ten okazał się skutecznym lekiem zapobiegawczym przy grożących poronieniach w dawce 0·05 dwa razy dziennie w postaci czopków stolcowych, lub 0·005 dwa razy dziennie podskórnie albo śródmięśniowo. Również działa papaweryna kojąco w niepowściągłych wymiotach u ciężarnych, jednakże z wyjątkiem postaci ciężkich. Kn.

Narkofinę stosuje Hirsch (Deutsche med. Woch. 1914. Nr 14) ze wszystkich tych wskazań, jak morfinę, którą narkofina przewyższa tem, że działa dłużej i że ją chorzy lepiej znoszą. Hirsch jest zwolennikiem dawek większych; przy bardzo silnych bolach (kolki nerkowe i wątrobne) stosuje 0·045 do 0·06 (1½ do 2 ampułek 3% rozczynu) narkofiny. Bh.

W sprawie rokowania przy uśpieniu zaleca Stange (Berl. klin. Woch. 1914. 14) celem badania stanu serca przed uśpieniem, choremu kazać zatrzymać oddech. Człowiek ze zdrowem sercem może łatwo zatrzymać oddech 30—40 sekund, zaś chory na serce zaledwo 10—20 sekund. Wtedy lepiej unikać uśpienia ogólnego. K.

Pantopon zachwala Stadion (Ther. d. Geg. 1913 lipiec) w dychawicy oskrzelowej. Wskrzyknięcie podskórne szybko przerywa napad, nie wywołuje wymiotów, ani bolów głowy, jak n. p. morfina. Przez używanie dłuższe pantoponu przy dychawicy można albo zupełnie usunąć napady albo też odwlec je na długi czas. Również i przy leczeniu ciężkich wymiotów w chorobach żołądka osiągnął autor z pomocą pantoponu dobre wyniki. N.

Codeonal według Benninga (Berl. kl. Woch. 1913. 29) wywiera wpływ uspokajający, nie jest szkodliwy; działa prawie zawsze lepiej u kobiet, niż u mężczyzn; przyzwyczajenia do tego leku nie zauważa się. N.

Tannismut według Petriny (Ther. d. Geg. 1913, lipiec) działa jako garbnikan bizmutowy (bismuthum bitannicum), przedstawia jeszcze tę korzyść, że rozpadając się w przewodzie pokarmowym na swe składniki, z których najważniejszym jest garbnik, wywiera działanie powolne i równomierne nawet w samym dolnym odcinku jelita. Stosuje się go w ostrych, podostrych i przewlekłych nieżytach jelita grubego z pomyślnym wynikiem. Szkodliwego ubocznego działania ani też zaparcia stolca nie zauważa się nawet po dużych dawkach. Dawki: 3—5 razy dziennie po 0·50 gr. N.

Wstrzykiwaniami wrzącej wody do gruczołu tarczowego leczy Porter (Journ. of Americ. med. Assoc. 1913, lipiec) chorobę Basedowa. Podaje on wyniki lecznicze w 20 przypadkach tej choroby: z tych 4 przypadki ciężkie zostały zupełnie wyleczone, w 13 nastąpiła bardzo znaczna poprawa, a w 3 tylko zwolnienie tętna. Wstrzykiwania nie wywołują żadnych nieprzyjemnych lub szkodliwych następstw. Autor radzi stosować to leczenie w przypadkach, które nie mogą być operowane. N.

Przetwory przysadki mózgowej należy według Popielskiego (Berl. kl. Woch. 1913, 24) z punktu widzenia leczniczego podzielić na dwie grupy: jedne, jak pituitryna i pituglandol, podnoszą ciśnienie krwi, drugie, t. j. hypofizyna, obniżają je. Hypofizyna jest identyczna z wasodilatyną, która znajduje się we wszystkich narządach, pituitryna zaś z wasohypertenzyną, którą stwierdza się w grasicy, śliniankach, trzustce i mózgu. N.

Odczyn barwny ciał białkowych podaje Lewin (Med. Klin. 1913. 28). Rozpuszczone białko jaja, białko surowicze, sernik, pepton, nukleoproteidy, papaina, oraz inne ciałka białkowe dają po dodaniu rozczynu triformoksynonu ($H_2C:NOH_3$) w surowym kwasie siarkowym (0·1—0·15:100) zabarwienie pięknie fioletowe, długo się utrzymujące. Odczyn jest bardzo czuły; jeszcze 0·02% rozczyn białka, a nawet ślady białka, zawarte w ślinie ludzkiej, dają się wykryć zapomocą tego odczynu. N.

Wykrycie jodu w moczu. Jolles (Berl. kl. Woch. 1913. 41) poleca następującą metodę: 10 cm^3 moczu miesza się z 10 cm^3 zgęszczonego kwasu solnego, dodaje się 2 cm^3 10% rozczynu siarkanu miedzi oraz 2 cm^3 chloroformu i wstrząsa; w razie obecności jodu chloroform barwi się fioletowo. Zabarwienie to możemy usunąć przez dodanie do chloroformu 2 cm^3 10% ługu sodowego. N.

Sanokalcin-tuberkulinę poleca do stosowania w gruźlicy Gamphausen (Zeitschr. f. Tbk. Bd XXI. H. 13). Przetwór ten składa się z tuberkuliny w związku z łatwo wessalną solą wapniową. Sanokalcin-tuberkulina znajduje się w handlu, w fiolkach po 0·01 cm^3. Dawka początkowa wynosi $^1/_{100}$ mgr. Środek ten nadaje się szczególnie do leczenia ambulatoryjnego i nie wywołuje wcale nieprzyjemnych objawów działania ubocznego. Domieszka soli wapniowej ma równocześnie zwiększać działanie lecznicze. N.

Balsamica (mentol i eukalyptol w olejku derycynusowym) wstrzykują śródmiąższowo (Berliner Med. Klin. 1913. 57) w celu leczenia gruźlicy; pierwsze 10 wstrzyknięć robią codziennie, dalsze co drugi dzień, a ostatnie 10 co trzeci. Wstrzykiwania są zupełnie bezbolesne. Działanie lecznicze objawia się wnet zmniejszeniem napadów kaszlu, poprawą apetytu, przybytkiem wagi i znikaniem potów nocnych; wykrztuszanie staje się lżejsze, ilość plwociny zmniejsza się, a prątki gruźlicze znikają. N.

Sinkiem złota (Goldcyan) (Med. Klin. 1913. 46) w postaci dożylnych wlewań lub wstrzykiwań 1% rozczynu leczy Bruck chorych na toczniа. Działanie leku objawia się występowaniem odczynu miejscowego podobnie, jak przy leczeniu tuberkuliną. Na razie autor nie może mówić o wyleczeniach, tylko o polepszeniach. Dobrych wyników tego leczenia można spodziewać się wobec faktu, że stwierdzono niewątpliwy wpływ wybiorczy sinku złota na tkankę gruźliczą. N.

O alkoholu w chorobach zakaźnych pisze Ewald (Med. klin. 1913. 31) co następuje: 1) Alkohol w jakichkolwiekbądź dawkach nie daje się stosować w ostrych i przewlekłych chorobach zakaźnych jako środek przeciwgorączkowy, ani jako środek bakteryobójczy. 2) Stosowanie alkoholu w tych chorobach jako środka odżywczego lub oszczędzającego białko jest przy

jednorazowem podaniu bez pożytku, a przy dłuższem użyciu wprost szkodliwe. 3) W ciężkim zapadzie sercowym, czy to przyrody toksycznej, czy mechanicznej, czy spowodowanym przez utratę krwi, można stosować alkohol z korzyścią jako środek wzmacniający serce. 4) Jako lek podniecający łaknienie (stomachicum) jest alkohol w chorobach zakaźnych zbyteczny i można go zastąpić z większym skutkiem przez podawanie kwasu solnego z pepsyną lub odwarów środków gorzkich, jak condurango lub kory chinowej. 5) Przewlekłe choroby zakaźne, w pierwszym rzędzie gruźlicę płuc, leczy Ewald bez napojów alkoholowych.— Ogólnie biorąc, można obejść się bez stosowania alkoholu u chorych i w wyjątkowych tylko przypadkach może alkohol działać pomyślnie, co zresztą nie jest całkiem stanowczo stwierdzone. N.

Leczenie płonicy surowicą ozdrowieńców lub prawidłową znajduje coraz większe zastosowanie. Rowe (Med. Klin. 1913. 48) stosuje jedną lub drugą surowicę dożylnie w ilości 20—90 cm³; różnicy w działaniu jednej lub drugiej surowicy nie zdołał zauważyć. Oba rodzaje surowic, podane w 1. lub 2. dniu choroby, wpływały bardzo pomyślnie na przebieg choroby. Wnet po wstrzyknięciu następował przełomowy spadek ciepłoty, chorzy stawali się spokojniejsi i usypiali głębokim snem. W dobę po wstrzyknięciu znikała wysypka prawie bez śladu; gorączka nie pojawiała się, względnie dosięgała najwyżej 38°. Urobilina znikała z moczu; barwa malinowa języka i zmiany zapalne migdałków znikały dopiero po kilku dniach, wogóle na objawy ze strony gardła surowica mało wpływała. W poszczególnych przypadkach łuszczenia nie było i przy stosowaniu średnich dawek surowicy nie występowały objawy uboczne; tylko po dużych dawkach (70—100 cm³) spostrzegał autor kilkakrotnie dreszcze z podwyższeniem ciepłoty. W przeważnej liczbie przypadków wstrzykuje autor 40—45 cm² surowicy. O ile następnego dnia ciepłota miała skłonność do podnoszenia się, powtarzał autor wstrzyknięcie w ilości 20—40 cm³. N.

Pędzlowanie gardła jodyną zaleca Strauch (Ther. d. Geg. 1913. wrzesień) dla usuwania prątków błoniczych. Autor stosował ten zabieg u wielu chorych, u których w 7—8 dni po zupełnem zniknięciu nalotów jeszcze można było znaleźć prątki: trzykrotne już pędzlowanie wystarczyło, jak stwierdzały badania bakteryologiczne, by zniszczyć prątki błonicze w gardle i migdałkach. (Podobne spostrzeżenia poczyniło kilku kolegów w Krakowie w przypadkach, kontrolowanych przez Stacyę bakteryologiczną miejską. Przyp. red.). Autor sądzi, że pędzlowania te mogą skrócić znacznie czas odosobnienia chorego na błonicę, jakoteż usunąć niebezpieczeństwo, grożące ze strony roznosicieli zarazków. N.

Krztusiec leczy Ochsenius (Ther. d. Geg. 1913, listopad) systematycznemi pędzlowaniami gardła 2% rozczynem azotanu srebra, co drugi dzień stosowanemi; wynik spostrzegał znakomity: natężenie, jakoteż ilość napadów kaszlu zmniejsza się znacznie. Zupełne wyleczenie w kilku tygodniach osiąga się zdaniem autora tylko wtedy, gdy się stosuje pędzlowania wcześnie, t. j. gdy zakażenie ogranicza się do górnych dróg oddechowych. N.

Adrenalinę w krztuścu uważa Mulas (Gazz. degli osped. 1913. 124) za środek najpewniej działający; łagodzi ona natychmiast objawy i sprowadza wyleczenie w krótkim czasie. Mulas stosował przetwór Parke Davisa w rozcieńczeniu 1:1000 rozczynu fizyologicznego soli. Dzieciom w pierwszym roku życia daje się co 3 godziny po 1 kropli, dzieciom 2-, 3-, i 4-letnim daje się 2, 3, 4 krople co 3 godziny. Autor wierzy w swoiste działanie adrenaliny w krztuścu. N.

Opagen, wyrobu fabryki Laokoon we Lwowie, stosował Prof. dr Sołowij na swym oddziale w ciągu 2 lat ostatnich wielokrotnie (przeszło 100 razy). Wstrzyknięcia podskórne opagenu przed rozpoczęciem narkozy, tudzież w celu uśmierzenia bolu po operacyach dawały zawsze jak najlepszy wynik, przyczem nie zauważono nigdy żadnego niemiłego ubocznego działania. Prof. Sołowij wyraża przekonanie, że w opagenie zyskaliśmy pewny i dobry przetwór.

Ovarid, wyrobu fabryki Laokoon we Lwowie, stosował Prof. dr Sołowij z dobrym skutkiem w licznych przypadkach, w których było konieczne usunąć obydwa jajniki. Przetwór ten zdaniem Prof. Sołowija nie ustępuje w niczem analogicznym wyrobom obcego pochodzenia.

Kola ziarniste (granulae), wyrabiane przez fabrykę Laokoon we Lwowie, stosował doc. dr Orzechowski na oddziale neurologicznym szpitala powszechnego i wyniósł wrażenie, że przetwór ten ma działanie, jakiego się od tego przetworu wymaga, a że nadto sposób podania w ziarenkach słodkich jest przyjemny dla smaku, sądzi przeto, że przetwór ten stoi na równi z zagranicznymi n. p. Kola Astier.

Strofantus z fabryki Laokoon we Lwowie, podawał Voit na oddziale prof. Wiczkowskiego w przypadkach niedomogi sercowej, wynikłej tylko z powodu zmian degeneracyjnych mięśnia sercowego, nie stosował go zaś przy wadach sercowych zastawkowych. Według spostrzeżeń Voita przetwór ten jest dzielnym środkiem sercowym, szczególnie tam, gdzie z działania naparstnicy z góry już nie możnaby się spodziewać wielkiego skutku.

Epirenal, przetwór organiczny z nadnercza, wyrabiany przez fabrykę Laokoon we Lwowie, stosował Voit, na oddziale prof. dr Wiczkowskiego we Lwowie, podskórnie przy zapadach i nagłym spadku ciśnienia krwi z bardzo dobrym wynikiem, a co najważniejsza, działanie występowało szybko po podaniu przetworu.

Novastesinę, wyrobu fabryki Laokoon we Lwowie, używaną w klinice chirurgicznej lwowskiej, zaleca prof. L. Rydygier do znieczulenia miejscowego nawet przy większych operacyach.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy ziemi lubelskiej.

(Protokoły posiedzeń od 4. IV. do 4 VII. 1914).

VI. posiedzenie (zwyczajne) w d. 4. IV. 1914.

Przewodniczący: S. Dobrucki, sekretarz: W. Jasiński. — Obecnych 16 członków, 2 gości.

1. Uczczono przez powstanie pamięć ś. p. prof. J. Kosińskiego, członka honorowego Towarzystwa.

2. A. Majewski przedstawił chorego, u którego w skutek **zwężenia odźwiernika po wrzodzie okrągłym** żołądka dokonał zespolenia żołądkowojelitowego; przebieg pooperacyjny bez powikłań.

W dyskusyi Dobrucki i Czarnecki poruszają głównie sprawę usypiania, oddając pierwszeństwo eterowi.

3. M. Arnsztajn przedstawił osobnika w wieku l. 24, żonatego od 2 lat; chory miewa prawidłowe stosunki płciowe, jest bezdzietny; sam zwrócił uwagę na **słaby rozwój jąder**. Chory wygląda bardzo młodo; zarostu brak, uwłosienie wzgórka łonowego kobiece, nadmierny dla mężczyzny rozwój sutków; jądra odpowiadają wielkości jąder dziecka w wieku lat 2—5; innych nieprawidłowości w rozwoju narządów płciowych niema; w nasieniu wkrótce po wytrysku znaleziono plemniki nieżywe (zupełna azoospermia).

4. W. Jasiński w uzupełnieniu pokazu chorego z zeszłego posiedzenia (ob. Przegląd lek. 1914, Nr 30, str. 488) odczytał streszczenie poglądowe p. t.: **O wrodzonem zboczeniu wzrostu chrząstek** (chondrodystrophia foetalis s. micromelia). Opierając się głównie na pracach Kassowitza i Brudzińskiego, kilku widzianych osobiście przypadkach (ogłoszonych w pracach Brudzińskiego i Rozenblatówny), oraz nowszych poglądach Stölznera, Moro, Cavazzani i in., omówił prelegent symptomatologię i patogenezę tego zboczenia. Prelegent podkreślił dobitnie różnice pomiędzy omawianem zboczeniem, a krzywicą, za którą teraz jeszcze zbyt często jest brane. Nawiązując do własnego przypadku, zwrócił prelegent uwagę na możność jednoczesnego występowania obu postaci, uznawaną przez Moro, a odrzucaną przez Hochsingera: w przypadku swoim, oprócz klasycznych objawów zboczenia w rozwoju chrząstek, stwierdził prelegent wklęśnięcia boczne klatki piersiowej, skrzywienia kręgosłupa, a z objawów klinicznych obfite poty. W zakończeniu przedstawił rentgenogramy, omawiane na poprzedniem posiedzeniu.

5. Omawiano sprawy gospodarcze (sprawę wynajmowania sali odczytowej), poczem przez balotowanie przyjęto w poczet członków Towarzystwa: Dr Wandę Erlichównę, Salomona Prussaka, Jana Skibińskiego, Henryka Tenenbauma i Konrada Tołwińskiego.

VII. Posiedzenie (zwyczajne) w d. 4. V. 1914.

Przewodniczący: S. Dobrucki, sekretarz: W. Jasiński. — Obecnych 21 członków, 4 gości.

1. M. Gliński (z Nałęczowa) przedstawia 75-letniego mężczyznę, u którego 3 miesiące temu wystąpiły nagle objawy **aleksyi**. Chory doskonale pisze, sam i pod dyktando, dobrze

rachuje, grywa w karty, czytać zaś zupełnie nie może. Porażeń niema, siła wzroku $^2/_3$, hemianopsia dextra, dno oka prawidłowe. W moczu zmian niema. Przymiotu nie było. — Przypadek jest rzadki, gdyż zwykle aleksya łączy się z innemi zaburzeniami (mowy) lub niedowładami. — Wskutek miażdżycy nastąpił wylew prawdopodobnie w pasmie (fun. longitudin. inferior), łączącem płat czołowy ze skroniowym; niejakim zmianom ulec mógł przytem szlak wzrokowy.

2. Dr Zygmunt Askenazy (ze Lwowa) wygłosił odczyt p. t.: **Nowy pogląd na leczenie biochemiczne oraz leczenie nawykowego zaparcia stolca.** Prelegent mówił o izotonii, izosmozie i izojonii, — o płynach izo- hypo- i hypertonicznych; wskazywał na niebezpieczeństwo, jakie grozi ustrojowi wyczerpanemu, gdy otrzymuje płyn hypertoniczny i jak zmienić ten płyn na izotoniczny (płyn Ringera). — Co do zaparcia stolca poruszył prelegent sprawę skurczowego zaparcia oraz nieprawidłowości kątnicy (myastenia, coloptosis), wreszcie mówił o atonii i częściowych rozdęciach jelit.

3. Cz. Czerwiński odczytał część opracowanego wspólnie z Brzezińskim i Kiełczewskim **projektu kodeksu deontologii lekarskiej,** na wzór kodeksów, wydanych przez Warszawskie Towarzystwo lekarskie i Izbę lekarską w Galicyi. (Projekt ten miał być przedstawiony na II Zjeździe lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego).

VIII. Posiedzenie (nadzwyczajne) w d. 11. V. 1914.

1. Cz. Czerwiński odczytał dalsze rozdziały opracowanego przez komisyę projektu **kodeksu deontologii lekarskiej.**

2. Omówiono porządek dzienny jubileuszowego posiedzenia Towarzystwa lekarskiego, uchwalając odbyć je w przeddzień Zjazdu lekarzy (d. 30 maja); po posiedzeniu członkowie Towarzystwa przyjmą na wspólnej biesiadzie delegatów Towarzystw i instytucyi lekarskich, oraz wszystkich członków Zjazdu.

3. Wybrano komitet gospodarczy i sekretaryat Zjazdu.

IX. Posiedzenie jubileuszowe z powodu 40-lecia Towarzystwa lekarzy ziemi lubelskiej w d. 30. V 1914.

Obecni delegaci: Warszawskiego Towarzystwa naukowego, Warszawskiego Towarzystwa higienicznego, komitetu I Zjazdu higienistów polskich, delegaci wszystkich Towarzystw lekarskich Królestwa Polskiego. oraz pism lekarskich: Przeglądu lekarskiego z Krakowa, Lwowskiego Tygodnika lekarskiego, Gazety lekarskiej, Medycyny i Kroniki lekarskiej, Zdrowia, Przeglądu pedyatrycznego i Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego z Warszawy; dalej obecni, jako goście, przybyli na II Zjazd w Lublinie, lekarze z Królestwa, Wołynia, Litwy i Ukrainy, wszyscy miejscowi i wielu zamiejscowych członków Towarzystwa (ogółem przeszło 200 osób).

Za stołem prezydyalnym zarząd Towarzystwa pod przewodnictwem S. Dobruckiego, sekretarz W. Jasiński.

1. Przewodniczący S. Dobrucki powitał zebranych, dziękując za udział w uroczystości Towarzystwa; następnie w krótkiem przemówieniu skreślił, jakim ideałom hołdowało Towarzystwo w ciągu 40 lat swego istnienia i nadal służyć zamierza.

2. Sekretarz W. Jasiński odczytał nazwiska członków honorowych, mianowanych przez Towarzystwo w roku jubileuszowym, a mianowicie: z Paryża prof. J. Babińskiego i prof. B. Motza, z Genewy prof. J. Laskowskiego, z Petersburga prof. J. Ziemackiego i prof. K Noiszewskiego, z Poznania Dr Fr. Chłapowskiego i red. Dr S. Łazarewicza, z Torunia Dr L. Szumana, z Krakowa prof. S. Ciechanowskiego, prof. M. L. Jakubowskiego, prof. K. Kostaneckiego, ze Lwowa prof. B. Dybowskiego, prof. A. Gluzińskiego, prof. A. Jurasza, z Warszawy Dr K. Chełchowskiego, Dr Wł. Gajkiewicza, Dr S. Goldflama, Dr W. Kamockiego, Dr Fr. Neugebauera, Dr J. Pawińskiego, Dr A. Puławskiego, Dr M. Rajchmana, Dr B. Sawickiego, Dr A. Sokołowskiego i Dr E. Zielińskiego, z Łodzi Dr S. Sterlinga, z Radomia Dr H. Fidlera, z Nałęczowa Dr W. Lasockiego, z Bychawy (z. lubelskiej) Dr J. Villaume'a. Każde nazwisko zebrani przyjmowali oklaskami.

3. Dr A. Jaworowski, członek honorowy i najstarszy z członków czynnych Towarzystwa, odczytał: **Zarys historyi Towarzystwa lekarskiego w Lublinie w ciągu 40 lecia** (drukow. w Przegl. lek. Nr 24, 1914, str. 367).

4. Sekretarz zawiadamia, że na wniosek kol. Cz. Czerwińskiego opracowano i przyjęto **projekt kodeksu deontologii lekarskiej.** Projekt ten uchwalono wydrukować w Pamiętniku II Zjazdu lekarzy prowincyonalnych, a odbitki rozesłać do Towarzystw lekarskich i poszczególnych lekarzy z prośbą o nadsyłanie uwag i poprawek. Po ponownem rozpatrzeniu projekt zostanie przedstawiony do zatwierdzenia następnemu Zjazdowi lekarzy prowincyonalnych.

5. M. Arnsztajn odczytał pracę: **O ostrym zaniku żółtym wątroby w przebiegu ciąży.** Po wyczerpującem omówieniu etyologii, zmian anatomicznych, symptomatologii i przebiegu tego rzadkiego cierpienia, prelegent omówił szczegółowo 3 przypadki z praktyki własnej.

W dyskusyi a) T. Rakowski (z Radomia) zapytał o badanie pośmiertne, b) S. Sitkowski (z Radzynia) o badanie krwi co do barwików żółciowych; c) J. Jaworski (Warszawa) nakreślił obraz zatrucia ustroju podczas ciąży oraz t. zw. niedokrwistości złośliwej ciężarnych, opisanej przez Gusserowa; leucynę i tyrozynę znajdowano także w przypadkach niepowściągłych wymiotów u ciężarnych.

6. Przewodniczący, rozwiązując posiedzenie, zaprosił zebranych w imieniu członków Towarzystwa na wspólną biesiadę; ze względu na większą swobodę słowa do tej biesiady odłożono przemówienia delegatów, odczytanie depesz i t. p.

X Posiedzenie doroczne w d. 4. VII. 1914.

Przewodniczący: S. Dobrucki, sekretarz: W. Jasiński. — Obecnych 20 członków.

1. Odczytano protokół posiedzenia jubileuszowego oraz depesze, jakie nadeszły po 30. V. i podziękowania członków honorowych Towarzystwa, mianowanych w r. b.

2. S. Dobrucki przedstawia: a) 2 preparaty **pęcherzyków żółciowych**; na jednym z nich stwierdza puchlinę pęcherzyka (hydrops) — klinicznie przypadek ten zaznaczył się bardzo nieznaczną bolesnością i brakiem typowych objawów »kolki żółciowej«; b) zdjęcie rentgenowskie przypadku **zeszycia odłamków kości udowej** (sutura ossea fracturae femoris).

3. Cz. Czerwiński przedstawia: a) **włókniaka śródmiąższowego macicy** wielkości głowy noworodka i b) takiegoż **włókniaka** wielkości głowy dorosłego człowieka — obydwa uzyskane drogą amputacyi nadpochwowej; c) **wodniaka lewego jajowodu** oraz torbiel krwawą jajnika, d) **włókniaka** podśluzowego **macicy** wielkości cytryny, e) **rakowate zwyrodnienie śluzówki** trzonu macicy, f) preparat **ciąży** zewnątrzmacicznej, **jajowodowobrzusznej**, z płodem dwumiesięcznym.

4. Omawiano sprawę nadsyłania do urzędu lekarskiego (według schematu urzędowego) wykazów rozpoznań z praktyki prywatnej oraz obowiązku donoszenia o chorobach zakaźnych; podnoszono nieścisłość statystyk urzędowych i brak celowości w stosowaniu odkażania; mimo to nadsyłanie wiadomości o przypadkach chorób zakaźnych uznano za obowiązek lekarzy.

5. Sekretarz odczytał sprawozdanie roczne z działalności Towarzystwa w roku ubiegłym, skarbnik przedstawił stan kasy, a bibliotekarz zdał sprawę z ruchu książek i stanu księgozbiorów Towarzystwa (sprawozdanie roczne podane będzie osobno).

6. Do zarządu Towarzystwa na rok 1914/15 wybrano: na przewodniczącego S. Dobruckiego, na wiceprezesa A. Sochackiego (z Ireny), na sekretarza W. Jasińskiego, na skarbnika A. Staniszewskiego, na bibliotekarza K. Rotkela. Komisyę rewizyjną i biblioteczną utrzymano w poprzednim składzie.

W. Jasiński

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie 29. V. 1914

Przewodniczący R. Ostrowski.

Uchwalono kolejne wygłaszanie referatów; każdy członek Towarzystwa obowiązany będzie przygotować dowolny odczyt. — W dyskusyi nad referatem kol. Balcerzaka »Lekarze, a instytucye asekuracyjne« brali udział: Stupnicki, Gołembiowski, Boguszewski, Lenart, Ostrowski, Pietrzykowski, Grotowski, Żurawski.

Posiedzenie 26. VI. 1914

Po załatwieniu spraw finansowej natury, kol. S. Boguszewski wygłosił referat: »Zalety lecznicze i zastosowanie antytoksyny dyfterytycznej«. — W dyskusyi brali udział: Balcerzak, Zaremba, Gołębiowski, Ostrowski, Pietrzykowski, Stefański, Czaki.

A. Pietrzykowski, sekretarz.

II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych w dniu 31. maja i 1. czerwca 1914 w Lublinie

Sprawozdawca Dr W. Jasiński.

(Dokończenie; ob. »Przegl. lek.« z r. 1914).

V. posiedzenie Zjazdu (w poniedziałek 1. IV. o godz. 3 ej popoł).

Prezydyum: E. Wiszniewski (Siedlce), A. Wardyński (Ostrowiec), H. Fidler (Radom), sekretarze: Dziemski, Jankowski, K. Tołwiński.

Przewodniczący wnosi, aby wobec dużej ilości zgłoszonych odczytów, skrócić do 10 minut czas, przeznaczony na odczyty i do 3 minut dyskusyę; wniosek uchwalono.

H. Kaczyński (z Parczewa) wygłasza odczyt **»O wzajemnem ubezpieczeniu lekarzy«**. Prelegent zwraca uwagę, że lekarz z natury zawodu swego bardziej od innych naraża swe życie na niebezpieczeństwo, — tymczasem liczba lekarzy ubezpieczonych jest niewielka. Ubezpieczenie, oparte na zasadach wzajemności, gdzie składki mogłyby być znacznie niższe, odpowiadałoby najbardziej potrzebom lekarzy. K. stawia wniosek, aby wybrać z pośród członków Zjazdu komisyę, którąby wypracowała projekt wzajemnego ubezpieczenia lekarzy.

W dyskusyi J. Pełczyński (z Radomia) uznaje słuszność wywodów prelegenta, lecz stwierdza, że urzeczywistnienie projektu jest trudne, gdyż administracya przedstawiałaby zbyt wielkie sumy, a więc i zmniejszenie opłaty nie byłoby znaczne. Mówca radzi zwrócić się do znawcy spraw ubezpieczeniowych mec. Mayzla w Warszawie z zapytaniem, które z istniejących Towarzystw lekarskich mogłoby przy gromadnem ubezpieczeniu lekarzy dać najbardziej korzystne warunki ulgowe.

Następnie dr M. Zienkiewicz (z Ciechanowa) rozpoczął wykład p. n. **»Przyczynek do nauki o wtórnej niedokrwistości w chorobach zakaźnych«**. Wobec nowych zdobyczy nauki szczególnie w dziedzinie bakteryologii i nauki o zaczynach, pojęcie o samoistnej niedokrwistości staje się anachronizmem lub przynajmniej pojęciem zamierającem. Ponieważ niedokrwistość wtórna daje się stwierdzić w przebiegu wszystkich prawie zakażeń, rodzi się pytanie, czy jest ona tylko biernym wynikiem przyczyny, działającej w chorobie, czy też w niektórych przynajmniej przypadkach niedokrwistość jest czynną i celową reakcyą ustroju. Z pracy doświadczalnej, wykonanej przez autora w instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu na królikach, dał się ustalić fakt, że jeżeli po zakażeniu zwierząt (gronkowcami, a w pewnem stopniu i. paciorkowcami, najgłówniej zaś laseczką zapalenia szpiku kostnego, opisaną przez Henkego, i gruźlicą), już w pierwszych dniach występowało znaczne zmniejszenie zawartości hemoglobiny, to przy następnych szczepieniach te same zwierzęta reagowały bardzo mało; przebieg choroby był wogóle u tych zwierząt łagodniejszy, a zmiany anatomiczne po zabiciu znacznie mniejsze, niż u zwierząt, które przy zakażeniu nie wykazywały tak znacznego zmniejszenia hemoglobiny. Niezależnie od wyżej przytoczonego, potwierdzono w badaniach znany ogólnie fakt, że małe a częste upusty krwi, potrzebne do badań i nie przewyższające $^1/_{1000}$—$^1/_{500}$ wagi zwierzęcia, są dla niego conajmniej nieszkodliwe. Celowość wtórnych wczesnych niedokrwistości spostrzegał autor i w praktyce w kilku przypadkach, z których dwa bardziej pouczające (duru brzusznego i początkowego obrazu gruźlicy) przytoczył. Celowość ową tłumaczy autor nagromadzeniem w surowicy krwi in statu nascendi części składowych osnowy (stroma) ciałek czerwonych krwi, a przedewszystkiem lecytyny i ciał do niej zbliżonych; — owe związki fosforowe (phosphatides) in statu nascendi odznaczają się ruchliwością chemiczną i łączą ze szkodliwemi zasadami (muskaryna, guanina, hypoksantyna), wytwarzanemi w ilości zwiększonej przy wadliwej przemianie materyi — łącząc się zaś, czynią te zasady nieszkodliwemi. — Pozatem fosfatydy idą na odbudowanie rozpadających się leukocytów i służą prawdopodobnie do powstawania ciał z grupy kwasu nukleinowego, którego siła bakteryobójcza nie ulega wątpliwości.

Wnioski autora były następujące:

1) Niedokrwistość wtórna w początkowych okresach chorób zakaźnych zdaje się być niekiedy celową.

2) Wielokrotne a niewielkie upusty krwi, nie przewyższające $^1/_{1000}$ do $^1/_{100}$ wagi zwierzęcia, nie są szkodliwe, lecz mogą nawet być dla ustroju pożyteczne.

3) Obfite upusty krwi, wywołujące znaczny stopień niedokrwistości, są bezcelowe i szkodliwe.

4) Celowość wczesnej niedokrwistości wtórnej wytłumaczyć można nagromadzeniem w surowicy składników osnowy ciałek czerwonych krwi — w szczególności lecytyny — in statu nascendi.

5) Skuteczność toksyno- i wakcynoterapii zależy może właśnie od nagromadzenia in statu nascendi lecytyny, powstałej wskutek stopniowego rozpadu ciałek czerwonych pod wpływem umiarkowanego działania toksyn, wprowadzonych w celu leczniczym.

Wnioski powyższe pragnąłby autor sprawdzić w pracowniach i szpitalach, gdyż swój materyał dotychczasowy uważa za niedostateczny. Wobec tego, że prelegent nie skończył wykładu i nie odczytał wniosków, dyskusyi nie było. — J. Pełczyński (Radom) zapytuje w sprawie formalnej, czy nie lepiej wysłuchać kilku referatów całkowitych, niż większej ilości 10-minutowych; wobec głosowania w początku posiedzenia prezydyum uważa sprawę tę za przesądzoną i oddaje głos następnemu mowcy. — Dr St. Kelles-Krauz (z Radomia) odczytał początek pracy swej p. n. **»Klasyfikacya stanów limfatycznych u dzieci«**. Odczytana część pracy nie dawała pojęcia o całości i rozpraw nie wywołała. — Podobnież następny mówca Dr J. Puterman (z Sosnowca) odczytał zaledwie początek obszernej pracy: **»O skazie skurczowej dziecięcej«**; prelegent nie wyczerpał w ciągu 10 minut etyologii tej skazy, rozpraw nie było. — K. Okuszko (z Częstochowy) postawił wniosek przeznaczania na odczyty przewidzianych w regulaminie 20 minut — wniosek przyjęto.

Następnie dr L. Wiśniewski (z Jadowa), gub. Warszawska) odczytał pracę p. n. **»Dlaczego lud nasz dotąd zamało się leczy«**. Prelegent stwierdza, że jakkolwiek w ostatnich czasach lud wiejski coraz chętniej szuka racyonalnej pomocy lekarskiej, jednakże dotąd nie jest tak, jakby mogło być i powinno. Różne przyczyny składają się na to: najważniejszą, jest nizki stopień oświaty ludu. Chłop, mało rozwinięty umysłowo, za dużo żąda od medycyny: zdaje mu się, że na każdą chorobę powinno być skuteczne lekarstwo; zrażają go te wypadki, gdzie lecznictwo jest bezsilne i przez to często zaniedbuje takie choroby, w których lekarz dałby mu dobrą radę.

Drugą przyczyną niedostatecznego leczenia się ludu jest często niedostępna i zbyt droga pomoc lekarska, w stosunku bowiem do gęstości zaludnienia naszego kraju na prowincyi lekarzy jest za mało. Szczególnie jaskrawo to zjawisko występuje w przypadkach akuszeryjnych. W tem miejscu należy także wspomnieć o nikłej liczbie wyszkolonych akuszerek na wsi.

Trzecią przyczyną, która nam tłomaczy, dlaczego lud jeszcze za mało się leczy, jest wogóle brak z jego strony zaufania do inteligencyi. Choć ze zjawiskiem tem obecnie względnie nie tak często się spotykamy, jak dawniej, jednak lud jeszcze chętniej wierzy osobnikom, pochodzącym z jego sfery. Tu tkwi źródło powodzenia znachorów, felczerów, owczarzy i t. d.

Wreszcie faktem jest, że nie wszyscy lekarze na prowincyi stoją na wysokości swego zadania. Często lekarze prowincyonalni obchodzą się zbyt szorstko z wieśniakiem, zbyt dotkliwie dają mu uczuć jego niższość umysłową i za mało są dla niego wyrozumiali. Chłop szczególnie ceni łagodność i szczerość w obejściu z nim; łatwiej wtedy wybacza niefortunne wyniki leczenia.

Z drugiej zaś strony w fachowem wykształceniu lekarza trafiają się nieraz poważne braki.

W interesie ludu, a eo ipso w interesie całego naszego narodu, którego przyszłość jest w ścisłej zależności od obywatelskiego uświadomienia i od stanu kulturalnego i ekonomicznego warstw ludowych, lekarze powinni wszystkiemi siłami dążyć do usuwania przyczyn, które sprawiają, że chłop w niedostatecznej mierze zwalcza największe swoje zło — chorobę.

A zatem powinni, o ile im czas i uzdolnienie pozwoli, chwytać się wszelkiej pracy społecznej dla ludu, dopomagać do powstawania szkół, zachęcać kolegów młodszych z miasta do osiedlania się na prowincyi; popierać uczciwe i uzdolnione akuszerki; wyjednywać zapomogi dla nich tam, gdzie nie mają utrzymania; nakłaniać wieśniaczki do zaprzestania wzywania do porodów babek-samouczek; taktownem i nacechowanem szczerą życzliwością postępowaniem przełamywać brak zaufania ze strony chłopa do lekarza, jako inteligenta; przedewszystkiem zaś winni lekarze usilnie pracować nad uzupełnieniem braków w swojej wiedzy, aby mogli jak największej liczbie zgłaszających się chorych okazać rzetelną pomoc lekarską.

W dyskusyi zabiera głos J. Pełczyński (Radom), by przypomnieć, że omawiana przez prelegenta sprawa przedstawiona jest wyczerpująco w pracach I Zjazdu higienistów w Warszawie przez Biegańskiego, Harusewicza, Rutkowskiego i mówcę. P. proponuje tedy, by nie przedłużać dyskusyi na temat dostatecznie znany. — C. Czerwiński (Lublin) jest stanowczym

przeciwnikiem wykonywania drobnych ale bezwzględnie aseptycznych zabiegów (pochwowych) przez lekarza prowincyonalnego przy pomocy tylko akuszerki lub felczera, gdyż 1-o sam zabieg rzadko bywa dokonany naprawdę aseptycznie, 2-o warunki praktyki prowincyonalnej nie pozwalają lekarzowi otoczyć chorej dostateczną opieką, 3-o niektóre z wyliczonych przez prelegenta zabiegów są niewykonalne przy pomocy jednej tylko osoby (n. p. colporrhaphia lub amputatio colli uteri).

H. Duchâteau (z Opatowa) nie zgadza się z prelegentem, by braki lekarzy prowincyonalnych były powodem niedostatecznego korzystania ludu z pomocy lekarskiej — przyczyny szukać należy raczej w małej kulturze ludu.

S. Rechniowski (z Piotrkowa) wykluczyłby z operacyi, zaliczonych przez prelegenta do zakresu działalności lekarza prowincyonalnego, wyłuszczanie gruczołów chłonnych na szyi oraz przytoczone już przez Czerwińskiego operacye pochwowe.

St. Bachnicki (z Uściługa) nie dziwi się, że włościanie mało korzystają z pomocy lekarskiej, gdyż pomoc ta jest zbyt drogą: w »ziemstwach«, gdzie pomoc jest bezpłatna, na lekarza przypada 10-15 tysięcy chorych i lud zwraca się o pomoc przy lada zasłabnięciu. Wiara w siły nadprzyrodzone, fatalizm i t. p. jest istotnie bardzo rozpowszechniona i tu oświata dużo zdziałać może. Prowincya nie może jeszcze »wyżywić« lekarzy, dlatego rozsiani są oni zbyt rzadko — samorząd powinien (przez subsydya) umożliwić lekarzowi jego pobyt na prowincyi. — Prelegent (L. Wiśniewski) odpowiada, że wyłuszczanie gruczołów limfatycznych, o ile są dostępne i niezbyt liczne, wykonać może lekarz wiejski. Perineo- et colporrhaphia, ale pojedyncza (t. j. anterior lub posterior) należy stanowczo do rękoczynów, wykonywanych przez lekarza prowincyonalnego z pomocą tylko akuszerki i felczera. Wogóle starać się należy, by chłop w największej ilości przypadków otrzymał pomoc na miejscu, gdyż wtedy wzrasta zaufanie jego do lekarza. Lekarze miejscy, przyzwyczajeni do »komfortu aseptycznego«, nie mogą pojąć, jak na wsi mogą być wykonywane operacye aseptyczne, a jednak jest to możliwe, skoro tylko lekarz rozumie dobrze, na czem aseptyka polega. — Przewodniczący (E. Wiszniewski) wypowiada zdanie, że operacye — o ile można — powinny być wykonywane w szpitalach, a nie w domu u chorego.

Następny odczyt wygłosił dr S. Orgelbrand (z Kalisza): **»O schorzeniach tętnicy głównej, zależnych od przymiotu«**. W zwięzłym a jasnym wykładzie omówił prelegent umieszczone w nagłówku cierpienia, podkreślając błędy w rozpoznawaniu oraz doniosłe znaczenie właściwego rozpoznania we wczesnych okresach dla prawidłowego leczenia chorych. Wywody swe oparł mowca na przytoczeniu historyi chorób i ciekawych rentgenogramów. We wnioskach, stwierdzając nader częsty fakt nieznajomości lub niemożności rozpoznawania przez syfilidologów cierpień swoistych tętnicy głównej, przebiegających nieraz lata całe skrycie, prelegent określił jako postulat moralny, aby syfilidolog kierował chorych do internistów lub neurologów, którzy ze swej strony powinni częściej badać chorych promieniami Roentgena, a nadewszystko badać krew na odczyn Wassermana. Ażeby uprzystępnić to badanie szerszym kołom lekarzy, szczególniej prowincyonalnych, prelegent stawia wniosek, aby Zjazd zwrócił się do Tow. Naukowego w Warszawie z wezwaniem, by na podobieństwo instytucyi naukowych na Zachodzie Tow. Naukowe Warszawskie rozsyłało na żądanie lekarzom wyjałowione probówki, a przysłaną przez lekarza krew badało na odczyn Wassermana po cenie w razie potrzeby nizkiej lub nawet darmo, stosownie do uznania lekarza, który krew wysyła. Ułatwienie to stanowiłoby prawdziwy postęp lecznictwa naszego na prowincyi.

W dyskusyi I. Leyberg (z Łodzi) jest zdania, że prelegent zbyt kategorycznie uszczupla prawo syfilidologa do interwencyi w przypadkach późnego przymiotu narządów wewnętrznych. W przypadkach bowiem, gdzie próba Wassermanna wypada nawet ujemnie, a chory nic o przebytym przymiocie nie wspomina, nieraz pewne pozostałości na skórze lub błonie śluzowej wyjaśniają sprawę rozpoznania. L. spostrzegał niedawno chorego, leczonego przez internistę w ciągu 4 miesięcy wodą karlsbadzką z powodu uporczywej żółtaczki; chory miał ujemną próbę Wassermana, zaprzeczał przebycie kiły — typowa jednak blizna na goleni stwierdziła, że chory miał trzeciorzędne owrzodzenie; leczenie swoiste usunęło bardzo szybko uporczywą żółtaczkę.

Następnym prelegentem był dr Kaz. Okuszko (z Częstochowy) na temat: **»O leczeniu włóknikowego zapalenia płuc surowicą swoistą«** (drukowane w Med. i Kron. lek. Nr 22. 1914).

W dyskusyi S. Sitkowski (z Radzynia) przypomina, że są postacie zapalenia płuc, które pomimo typowego początku kończą się pomyślnie bez interwencyi po 2—3 dniach choroby; w tych postaciach przy stosowaniu surowicy możnaby przypisać wynik niesłusznie jej działaniu. Naogół doświadczenia z surowicą Römera nie są zachęcające; surowica ta jest przytem bakteryolityczną i jako taka może być w działaniu niebezpieczną.

B. Dziemski (z Lublina) mówi przedewszystkiem ogólnie o działaniu surowic. Usiłowania czynione w kierunku zastąpienia objawowego leczenia chorób zakaźnych surowicami swoistemi dały wyniki rozmaite, zależnie od biologicznych własności bakteryi chorobotwórczych, przedewszystkiem zaś od tego, czy dany gatunek bakteryi wydziela jady rozpuszczalne, czy też ma jady związane z ciałami bakteryi (endotoksyny). Surowice zwierząt (przeważnie koni), uodpornionych jadami bakteryjnymi, czyli surowice antytoksyczne, posiadają znaczenie zarówno lecznicze, jak zapobiegawcze. W chorobach o charakterze toksycznym, jak n. p. błonica, tężec, czerwonka, wywołana przez prątki typu Shiga-Kruse, wprowadzenie do zakażonego ustroju gotowych swoistych przeciwjadów, które z maksymalną energią chemiczną dążą do połączenia się z jadami i zniweczenia tych ostatnich, jest najidealniejszą postawą leczenia.

Surowice, otrzymane od zwierząt, uodpornionych bakteryami, zwą się »bakteryobójczemi«, ponieważ zawierają bakteryolizyny, t. j. ciała rozpuszczające bakterye. Do rzędu bakteryobójczych należy surowica Römera. Właściwości antytoksycznych (ściślej antyendotoksycznych) surowica ta posiada niewiele; działanie jej polega na rozpuszczaniu pneumokoków przez zawarte w niej odpowiednie lizyny, przyczem następuje wyzwolenie endotoksyn z uległych rozpadowi ciał pneumokoków. Działanie surowicy może mieć przeto miejsce tylko wtedy, gdy zapalenie płuc wywołane jest pneumokokami; tymczasem wiadomo, że zapalenia płuc mają nader różnorodną etyologię (dwoinki Fränkla, prątki grypy, paciorkowce, las. dżumy, wreszcie meningokoki i las. duru); surowica powinna być zatem stosowana wyłącznie na zasadzie ścisłej analizy bakteryologicznej plwocin. Jako bakteryobójcza, surowica Römera może być stosowana tylko w początkowym okresie, kiedy zarazków jest niewiele, inaczej bowiem zagraża ustrojowi zatrucie masowo rozpuszczonymi jadami. — Przypadki nagłego pogorszenia stanu chorych (spadek ciśnienia, sinica, niemiarowe tętno) świadczą, że surowica Römera nie jest środkiem bezwzględnie nieszkodliwym, z drugiej zaś strony zmienny wogóle przebieg zapalenia płuc i dość częste przypadki poronne tej choroby nie pozwalają wczesnego przełomu kłaść bez zastrzeżeń na karb dodatniego działania surowicy. Cały szereg badaczy, a w tej liczbie Bianti, Pierracini, Pässler, Jürgens, Męsowicz, nie widzieli dodatniego wpływu surowicy na przebieg sprawy zapalnej w płucach. Ilość leukocytów po wstrzyknięciu surowicy Römera podług jednych badaczy zwiększa się, podług innych pozostaje bez zmiany, lub nawet zmniejsza się: stąd żadnych wniosków na korzyść surowicy Römera wyprowadzić niepodobna. Dodatni jakoby wpływ surowicy Römera — zmniejszenie ilości krwi w plwocinie chorych, nastąpi po zastosowaniu każdej surowicy, nawet normalnej końskiej. Zważywszy przeto, że surowica Römera, nie posiadając pewnego leczniczego działania, nie jest wolną od ubocznego działania, może powodować chorobę posurowiczą, a stosowana w późniejszych okresach zapalenia płuc działa na ustrój ujemnie, Dz. żąda, by lekarz w każdym przypadku przed wstrzyknięciem surowicy Römera za obowiązek uważał sobie bakteryologiczne badanie plwocin i po ustaleniu etyologii zastosował ewentualnie surowicę, lecz tylko w okresie początkowym.

Prelegent (K. Okuszko) odpowiada, że każdy przypadek, leczony surowicą, rozpatrywał krytycznie i omówił szczegółowo w swej pracy; zapoznał się uprzednio z wynikami, otrzymanymi przez różnych badaczy i sądzi, że miał moralne prawo stosowania surowicy u chorych, obserwowanych klinicznie (w szpitalu). Wyniki leczenia uważa stanowczo za dodatnie, surowica zmniejsza % śmiertelności. (Dokończenie nastąpi).

Z ŻAŁOBNEJ KARTY.

Wacław Mayzel.

»Nemo propheta in patria«. Te słowa, pełne gorzkiego wyrzutu, w Polsce zbyt często się sprawdzające, przychodzą pierwsze na myśl przy wspomnieniu nazwiska ś. p. Wacława Mayzla. Bo zmarły w końcu kwietnia w Warszawie Dr. Mayzel,

o którego ogromnej, europejskiej zasłudze naukowej mało kto pamiętał... u nas, to nie kto inny, jak odkrywca karyokinezy w komórkach zwierzęcych. Samo już to epokowe odkrycie, okrywające niezatartą chwałą polską naukę, wiodłoby do najwyższych stanowisk naukowych i byłoby tytułem do sławy i zaszczytów, gdyby go dokonał cudzoziemiec. Że nie było to dano ś. p. Mayzlowi, to nietylko skutek naszego położenia politycznego i warunków pracy, ale wina także nasza własna, wina społeczeństwa, które swoich ocenić należycie nie umie.

A przecież Wacław Mayzel był nietylko znakomitym uczonym, ale także działaczem, który sporo pracy poświęcił, by jak najlepiej służyć swemu społeczeństwu w zakresie bezpośrednich jego potrzeb. Pierwszego dowiódł swemi pracami czysto naukowemi, wśród których złotemi głoskami zapisała się w dziejach jego pierwsza publikacya: »O szczególnych zjawiskach przy dzieleniu się jąder«, ogłoszona w »Medycynie« w r. 1875 (Nr 45), za czem poszedł cały szereg rozpraw o podziale komórki, regeneracyi i t. d., ogłaszanych prócz polskiego, także w języku niemieckim, francuskim i rosyjskim i jednających autorowi niezwykłe uznanie najwybitniejszych uczonych zagranicznych. Drugiego dowiódł szeregiem prac z zakresu higieny, stosując w nich — jeden z pierwszych w Europie — zdobycze mikrobiologii, działalnością na polu popularyzacyi wiedzy, jak również wywalczaniem naszej nauce należnego uznania zagranicą zapomocą systematycznych sprawozdań, a wreszcie dbałością o wykształcenie młodzieży lekarskiej, dla której przełożył na polskie liczne podręczniki i dzieła obce (Lückego, Budgego, Pappenheima, Heitzmanna, Darwina, Schenka, Birch-Hirschfelda, a wspólnie z innymi Niemeyera, Emmerta, Cohnsteina).

Oby choć pamięć potomnych wdzięczniejszą się okazała dla tych zasług, niż była współczesność!

Wacław Mayzel pochodził z rodziny ziemiańskiej; urodził się w r. 1847 we wsi Kunowie, w powiecie opatowskim; ukończywszy liceum św. Anny w Krakowie, studyował medycynę w Szkole Głównej Warszawskiej (1865—1870). Już jako student zdobył sobie złoty medal Wydziału lekarskiego tej Szkoły za rozprawę konkursową p. t. »Poszukiwania nad powstawaniem ropy« (1869). Natychmiast po ukończeniu studyów uzyskał stanowisko asystenta przy katedrze histologii we wszechnicy warszawskiej, trwając na tej placówce przy boku prof. Hoyera sen. dopóty, dopóki rusyfikacya uniwersytetu nie usunęła i Hoyera z katedry i jego współpracowników z zakładu. Chociaż niewiele się poświęcał praktyce lekarskiej, zdobył sobie ś. p. Mayzel na tem polu znaczne uznanie i poważanie. r.

Teodor Boryssowicz.

Wkrótce po ś. p. Franciszku Neugebauerze traci Warszawa drugiego wybitnego ginekologa w osobie ś. p. Teodora Boryssowicza.

Ur. w r. 1843 w Trockiem na Litwie, przebył Boryssowicz szkoły średnie w Witebsku i Słucku i w r. 1862 zapisał się na Wydział matematyczny w Petersburgu. W r. 1863 przedziera się na Litwę do szeregów narodowych; popadłszy w niewolę, po półtorarocznem więzieniu zesłany do gubernii Permskiej. W r. 1867 odzyskuje wolność, osiada w Warszawie, ciężko walcząc o byt dawaniem lekcyi; na wszechnicę z powodu »nieprawomyślności« wstąpić mu nie wolno. Powiodło się to dopiero w r. 1868. Po ukończeniu studyów w r. 1873 pracuje jako lekarz choleryczny, potem jako asystent, a następnie ordynator Instytutu położniczego, oddając się całą duszą ginekologii, która właśnie poczęła się rozwijać na zachodzie Europy. Boryssowicz musiał kształcić się bez wzorów; był samoukiem, ale żelazną pracą i zdolnościami doszedł do świetnych wyników. Jemu też zawdzięcza Warszawa pierwszy zakład ginekologiczny i pierwszą pracownię do badań mikroskopowych, stanowiące ostoję ginekologii polskiej po rusyfikacyi uniwersytetu warszawskiego. Doskonały operator, wzbogacił technikę kilku nowemi metodami; w ruchu naukowym brał żywy udział, chociaż drukiem ogłosił prac niewiele.

Henryk Fidler.

Z Henrykiem Fidlerem schodzi do grobu piękny typ lekarza-obywatela, a zarazem wzór lekarza, który wśród ciężkiej praktyki prowincyonalnej nietylko nie zatracił łączności z nauką, ale umiał iść równym krokiem z jej postępami i własnych szukać dróg.

Ur. w Radomiu w r. 1861, tamże kończył gimnazyum, a po ukończeniu w r. 1885 uniwersytetu warszawskiego całe już życie poświęcił na usługi rodzinnego miasta. Chorym serdecznie oddany, do rozrzutności niemal szafował swymi skromnymi środkami majątkowymi na potrzeby ubogich. W życiu obywatelskiem brał udział nader czynny, na wskroś bezinteresownie i bez osobistych ambicyi przykładając rękę do każdego dobrego dzieła, marząc o lepszej przyszłości dla ojczyzny, dla Polski.

Współdziałał w założeniu Towarzystwa lekarskiego w Radomiu, którego potem był przez lat wiele prezesem i duszą. Ze szpitala radomskiego, gdzie był lekarzem naczelnym, umiał utworzyć warsztat pracy naukowej. Wyniki jej złożył w 24 ogłoszonych pracach i w licznych przemówieniach na polskich Zjazdach lekarskich, w których zawsze uczestniczył, zwracając na siebie uwagę wybitną wiedzą i wykształceniem, bystrością poglądów, krytycyzmem i znakomitą wymową.

Konrad Dobrski.

Jeszcze z końcem stycznia 1915 zmarł zasłużony na wielu polach, przedewszystkiem w Kasie im. Mianowskiego i w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem, Dr Konrad Dobrski, o czem teraz dopiero się dowiadujemy.

Ur. w r. 1843 w Warszawie, ukończył tamże szkoły średnie i uniwersytet (1870); po odbyciu wojny francusko-pruskiej w charakterze lekarza Czerwonego Krzyża, poświęcił się medycynie wewnętrznej jako asystent kliniki prof. Baranowskiego (do r. 1875). W tym czasie pracował żywo na polu piśmienniczem, zasłużywszy się przekładem szeregu podręczników lekarskich na język polski, oraz pracą w popularyzacyi higieny, zwłaszcza w dwuletnim okresie (1878—1880), gdy wydawał i redagował »Zdrowie«. W tymże czasie (1877—1879) był redaktorem »Pamiętnika« Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, w którem piastował szereg urzędów, w końcu przez lat 17 był znakomitym podskarbim, a które w uznaniu zasług mianowało go członkiem honorowym. Uczestnicząc w założeniu i organizacyi Kasy im. Mianowskiego, należał od początku do jej zarządu, zrazu jako sekretarz, potem wiceprezes, od r. 1904 na wysokim i zaszczytnym urzędzie prezesa. Przez 33 laty tej pracy był, rzec można, duszą tej wielce zasłużonej instytucyi.

Józef Krzyszkowski.

Przedwcześnie, zaledwo w 47 r. ż. zgasły Józef Ludwik Dezydery Odrowąż Krzyszkowski pochodził z Kijowskiego (ur. 23. V. 1869 w Olchowcu). Szkoły średnie ukończył w Krakowie, studya lekarskie przechodził w Grazu i Krakowie, gdzie też uzyskał dyplom lekarski w r. 1897. Już w czasie studyów rozpoczął pracować w zakresie anatomii patologicznej, jako demonstrator zakładu prof. Browicza; w kilka miesięcy po doktoracie został asystentem w takimże zakładzie we Lwowie i pracował na tem stanowisku pod kierunkiem prof. Obrzuta przez lat cztery. Od r. 1901 poświęcił się dermatologii i syfilidologii w szpitalu krajowym lwowskim, w którym w r. 1902 mianowany został sekundaryuszem, a w r. 1905 (w którym złożył zarazem egzamin fizykacki) — prymaryuszem. W r. 1907 odbył podróż naukową zagranicę. W r. 1908 powołany został na stanowisko dyrektora krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie. Nurtująca ustrój skrycie choroba przecięła dni ś. p. Krzyszkowskiego w dniu 22. kwietnia b. r.

Ś. p. Krzyszkowskiego cechowała niezmierna sumienność i dokładność w wypełnianiu obowiązków i niepospolita pracowitość. Prawy, zacny charakter i szczera koleżeńskość jednały mu uznanie i sympatyę. Na trudnem stanowisku dyrektora, największego po lwowskim szpitala w kraju odznaczało ś. p. Krzyszkowskiego całkowite oddanie się i poświęcenie dobru tej instytucyi, dla której wytyczył sobie program szerzej pojętych reform i ulepszeń i usilnie starał się o naprawę wieloletnich dawniejszych zaniedbań. Niestety zabiegi te odniosły skutek tylko w małej części; spełnienie innych opóźniał zły stan finansów krajowych, odsunął na długo wybuch wojny i nie było dano ś. p. Krzyszkowskiemu doczekać się realizacyi najgorętszych pragnień i starań, w których widział cel swojego życia.

Prace naukowe ś. p. Krzyszkowskiego należą do zakresu anatomii patologicznej i dermatologii. Z pierwszego zakresu ogłosił drukiem: »Torbielowate zwyrodnienie nerek« (1898), »Periarteriitis nodosa« (1899), »Tętniaki tętnicy płucnej i t. d.«, »Kilka słów o anatomii patologicznej wąglika«, »Polipowaty mięsak szyi macicznej, jako nowotwór mieszany« (1901), wszystko w »Przeglądzie lekarskim«, oraz »Przyczynek do nauki o nabłoniakach kosmówki« (1900) w »Nowinach lekarskich« (po niemiecku w »Archiv f. Gyn.«); z zakresu dermatologii ogłosił dwie rozprawy o róży (1905 w »Przeglądzie lek.« i 1906 w »Lwowskim Tygodniku lek.« oraz w »Allg. Wiener med. Ztg.«). Prócz

tego w protokołach Towarzystwa lekarskiego lwowskiego opublikowana została obfita kazuistyka, przedstawiana przez ś. p. Krzyszkowskiego na posiedzeniach tego Towarzystwa.

C.

Z kroniki warszawskiej ubiegłych miesięcy.

Półtoraroczne niemal odcięcie bezpośrednich związków z Warszawą sprawiło, że z końcem roku zeszłego (Nr 3 »Przeglądu lek.« z r. 1915) podać z niej mogliśmy tylko kilka wiadomości urywkowych, przeniknych drogą okolną. Dopiero teraz, otrzymawszy pisma lekarskie warszawskie, możemy je uzupełnić liczniejszymi szczegółami, poczerpniętymi z tych czasopism; z natury rzeczy sprawozdanie to mieć będzie niejeden brak, bo i w czasopismach warszawskich nie wszystko, co obchodzić nas musi, mogło się odzwierciedlić.

Z czasopism tych, jak się obecnie okazuje, ani na chwilę nie przerwały wydawnictwa i nie zmieniły jego częstości i formy ani »Gazeta lekarska«, ani »Medycyna i Kronika lekarska«. ani »Zdrowie«. Wychodziły nawet, acz z opóźnieniem, »Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« i »Przegląd pedyatryczny«. Obecnie doszły nas zeszyty »Gazety lekarskiej« z całego roku 1915 i dotychczas wydane z r. 1916, oraz »Medycyny i Kroniki lek.« z drugiej połowy 1914 i z początku roku bieżącego. Treść tych zeszytów, odzwierciedlającą ruch naukowy, podamy w zwykłej rubryce, tu zaś przytaczamy z nich garść zapisków kronikarskich o tem, co się przez ten czas działo w kołach lekarzy tak blizkiej nam, a tak długo oddzielonej od nas Warszawy. Zdaje się, że do Warszawy przenikało od nas nieco więcej wiadomości, niż naodwrót. Obecnie »Medycyna i Kronika lek.« streściła naszą kronikę z końca r. z., »Gazeta lekarska« doniosła tylko krótko o wznowieniu wydawnictwa »Przeglądu lekarskiego«.

O samej chwili wybuchu wojny brak wiadomości. W sierpniu r. 1914 podaje »Medycyna i Kronika lek.« w dziale »Wiadomości bieżących« tylko wzmiankę o ułatwieniach w uzyskaniu dyplomu lekarskiego dla studentów wszechnic rosyjskich i doktorów wszechnic zagranicznych. We wrześniu, gdy do Warszawy zaczęły przybywać wielkie transporty rannych, urządził szereg instytucyi i osób prywatnych kilkanaście nowych szpitali: w Komitecie obywatelskim powstała Sekcya lekarska, która utworzyła Delegacyę sanitarną dla spraw tych szpitali i t. p. Największy szpital stworzyło miasto (1500 łóżek), mianując lekarzem naczelnym Dr Kijewskiego, a jego pomocnikiem prof. Dr Kryńskiego. Wiadomości o tych szpitalach są główną treścią »Wiadomości bieżących« i w dalszych zeszytach, obok nich jednak spotyka się charakterystyczne wzmianki o odmówieniu lekarzom szpitalnym węgla i podwyższenia płacy przez magistrat. Ciekawa jest wiadomość o zebraniu lekarzy rosyjskich w Moskwie, protestującem przeciw postępowaniu lekarzy austryackich i niemieckich z rannymi Rosyanami-jeńcami, których rzekomo »w najlepszym razie pozbawiano pomocy lekarskiej«. — W październiku wychodzi w Warszawie broszura Dr J. Zawadzkiego o pierwszym opatrunku, a równocześnie drugie wydanie podręcznika Dr Biehlera: »Pomoc doraźna w wypadkach nagłych«; w związku z tem zasługuje na uwagę ogłoszenie w tymże czasie (Nr 44) pracy J. Zawadzkiego: »Uszkodzenia wskutek bomb, rzucanych przez lotników, na zasadzie 102 przypadków, opatrzonych przez Pogotowie ratunkowe w Warszawie«. Kilka prac podobnej treści znajduje się w dalszych zeszytach. — W listopadzie znajdujemy wiadomość o zniszczeniach polskich zdrojowisk, które Dr J. Jaworski przedstawił w Warszawskiem Towarzystwie higienicznem; wynika z niej, że w Królestwie nie ostał się prawie żaden zakład zdrojowy, w Galicyi ocalały do owego czasu Rabka, Iwonicz, Szczawnica, Krynica, Żegiestów i Zakopane. Jest tu wiadomość o wielkich szkodach, jakie ponieśli lekarze pod Warszawą od wojsk atakujących Warszawę; w Piasecznie n. p. zrabowano lekarza doszczętnie, przyczem »rzecz dziwna, z biblioteki wybierano tylko cenniejsze dzieła lekarskie treści chirurgicznej«. W dalszych zeszytach odbija się dający się uczuwać w Rosyi brak leków. — W grudniu podano wiadomość o utworzeniu przez Centralny Komitet obywatelski nowej Sekcyi zdrowia publicznego według projektu Dr J. Zawadzkiego; głównem jej zadaniem było zwalczanie epidemii, a w tym celu utworzone 3 lotne oddziały sanitarne wyjechały zaraz w Kieleckie i Radomskie. »Medycyna i Kronika lek.« wskazuje na ważne zadanie tych oddziałów »wobec braku lekarzy na prowincyi« i okoliczności, że »dotąd działalność zwrócono głównie w kierunku pomocy lekarskiej dla rannych żołnierzy z zaniedbaniem ludności kraju«. — Z początkiem grudnia z powodu napływu rannych zajęto na szpitale wszystkie szkoły i gmachy publiczne, nie wyłączając resurs i klubów.

O Towarzystwach lekarskich warszawskich znajduje się w »Medycynie i Kronice lek.« po koniec r. 1914 niewiele wiadomości: czynne było Stowarzyszenie lekarzy polskich i niektóre Wydziały Towarzystwa higienicznego.

Wiadomości z r. 1915 i 1916 dają już dokładniejszy obraz zdarzeń i ruchu w świecie lekarskim, jak również panującego w nim nastroju. Znamieniem jego jest piękny artykuł wstępny, którym »Gazeta lekarska« rozpoczęła swój pięćdziesiąty, jubileuszowy*) rocznik na Nowy Rok 1915. Dzielność i energię czynu, które nie opuszczały lekarzy warszawskich nawet w najcięższych chwilach, tłómaczą tam słowa proste, a wymowne: »Nie przerywały pracy nasze towarzystwa naukowe i pisma, czynne były nasze szkoły, bo wyczuwamy wszyscy, że na nas w tej chwili ciąży obowiązek podtrzymywania choćby słabego płomyka nauki polskiej, której znicz zagasł chwilowo gdzieindziej«. (W tym czasie oba nasze uniwersytety były zamknięte). »W czasach trwogi i nadziei łączymy się myślą i sercem z naszymi braćmi, którzy przeżywają sroższe od nas katusze«. A nie były to czcze słowa; tosamo mówiły i mówią c z y n y i prace Warszawy.

Przedmiotem tej pracy jest przedewszystkiem zdrowie publiczne. Aby pouczyć społeczeństwo o niezmiernej doniosłości tej sprawy i przysposobić podatny grunt dla akcyi sanitarnej, wydano i rozrzucono szereg broszur popularnych (pouczenia Komitetu sanitarnego w 30.000 egzemplarzy, dalej rozprawki Dr Puławskiego, Korzona, M. Biehlerowej i innych) i zbiór obowiązujących przepisów sanitarnych, urządzono z inicyatywy Dr Polaka w nowo otwartym gmachu Towarzystwa higienicznego wystawę p. n. »Walka z chorobami zakaźnemi«; w kołach lekarskich rozpatrywano wcześniej, niż gdziekolwiek w Europie, niebezpieczeństwo p r z e w l e k ł y c h chorób zakaźnych, szerzących się wskutek wojny (n. p. gruźlicy, już w listopadzie 1914 w Warszawskiem Towarzystwie lekarskiem w związku z wykładem Dr A. Sokołowskiego). Kierownictwo tych działań przygotowawczych, jak i akcyi praktycznej, skupiło się wkrótce w Oddziale lekarskim Centralnego Komitetu obywatelskiego, doprowadzając do organizacyi »Komitetu sanitarnego«. Komitet ten podzielił swą pracę między 4 komisye: sanitarno-lekarską, która zorganizowała dzielnicowy nadzór sanitarnohigieniczny w Warszawie, szpitalną, zajmującą się zrazu głównie tworzeniem szpitali zakaźnych, popularyzacyjną, a wreszcie czwarta komisya zajęła się opieką sanitarną nad bezdomnymi uchodźcami. Również w Komitetach obywatelskich prowincyonalnych utworzono sekcye sanitarne

*) Wydanie zeszytu pamiątkowego »Gazety lekarskiej« musiało z natury rzeczy zostać odłożone do pomyślniejszych czasów. Wtedy też będzie chwila właściwa na obszerniejszą wiadomość o dziejach »Gazety lek.«, założonej z inicyatywy prof. Girsztowta pod hasłem pobudzenia do pracy s a m o d z i e l n e j w zakresie nauk lekarskich. Temu hasłu służyła »Gazeta« od pierwszego swego numeru (wydanego 7. lipca 1866) wiernie, wytrwale i skutecznie, w czem wielką zasługę miał prof. Hoyer sen. W gronie jej założycieli byli profesorowie Szkoły Głównej: Brodowski, Chojnowski, Girsztowt, Hirschfeld, Le Brun, Łuczkiewicz, rektor Mianowski, Narkiewicz-Jodko, Neugebauer, Pilcicki, Pląskowski, Seifman, Werner, Wisłocki. Po upływie pół wieku w gronie redakcyjnem »Gazety« znajdują się znowu i rektor i profesorowie odrodzonej wszechnicy polskiej. Słusznie też upatruje »Gazeta« w tem przebłysk szczęścia na chmurnym zresztą widnokręgu ogólnym; my zaś widzimy w tem zadatek nowej świetnej ery w rozwoju tego zasłużonego czasopisma, której mu z całego serca życzymy.

W tymże czasie przypada i dla »Medycyny i Kroniki lekarskiej« rozpoczęcie pięćdziesiątego rocznika. Nie mając dotąd w ręku żadnego zeszytu tego pisma z r. 1915, nie wiemy, czy i w jaki sposób zaznaczyło ono tę jubileuszową rocznicę założenia czasopisma »dla lekarzy praktyków«, z razu noszącego tytuł »Klinika«, której »Medycyna« jest dalszym ciągiem. »Klinikę« redagował i wydawał Dobieszewski, pierwszym wydawcą »Medycyny« był Rogowicz, redaktorem Benni. Służąc przedewszystkiem potrzebom medycyny praktycznej i nie spuszczając tego głównego zadania nigdy z oka, zdobyły sobie »Klinika« i »Medycyna« prawo do uznania i wdzięczności najszerszych kół lekarzy za półwiekową dla nich pracę. Oby w drugiem półwieczu ta praca »Medycyny i Kroniki lekarskiej«, rozwijając się na jeszcze szerszym terenie, przynosiła dalej równie wielki pożytek i piękne owoce!

(około 400) i powiązano je organizacyjnie z Komitetem warszawskim. Komitet warszawski wydawał »Wiadomości sanitarne«, w których zdawał sprawę ze swych czynności (jak się zdaje, wyszło od marca do sierpnia 1915 takich zeszytów 12). Naprzykład Sekcya sanitarna Komitetu zajmowała się asanizacyą przedmieść, rozszerzając wodociągi, bijąc studnie abisyńskie, tworząc 3 zakłady czyszczenia ustępów, domy izolacyjne dla każdego okręgu miasta. Komisya ta w ciągu 3 pierwszych miesięcy 1915 zbadała 22496 domów i zarządziła usunięcie usterek sanitarnych; znamienny dla posłuchu, jaki znalazła w społeczeństwie, jest szczegół, że tylko 86 razy trzeba było uciekać się do kar na opornych. Komisya, opiekująca się bezdomnymi, założyła n. p. w lipcu 1915 schronisko dla uchodźców, pierwsze wogóle w Rosyi i t. d. Jednem słowem, ten samorząd lekarski działał doskonale i nader energicznie. — W sierpniu 1915 przekształcił się Komitet sanitarny C. K. O., zmuszony okolicznościami do ciaśniejszego już zakresu działania, w dwie sekcye Wydziału spraw miejskich Komitetu obywatelskiego m. Warszawy: sanitarną pod przewodnictwem Dr Męczkowskiego, a potem Dr Bączkiewicza, (z komisyą »wykonawczą« czyli »Urzędem zdrowia« pod kierunkiem Dr Polaka) i szpitalną, której zrazu przewodniczył p. Edward Natanson z pomocą Dr Brudzińskiego, jako wiceprezesa, a od kwietnia 1916 Dr Męczkowski*). Właściwy zaś pierwotny komitet (czy też Wydział) sanitarny Centralnego Komitetu obywatelskiego został przez władze niemieckie 13. IX. 1915 rozwiązany wraz z C. K. O. Dzieje niezmiernie pożytecznej tej instytucyi, powstałej, jak wspomnieliśmy, z inicyatywy Dr Józefa Zawadzkiego, streściła krótko »Gazeta lekarska« (Nr 40 z r. 1915). Warto tę historyę Wydziału przeczytać. Oprócz już powyżej wspomnianych przytoczymy tu jeden jeszcze przykład energii i sprawności Wydziału. Do lipca 1915 stworzono na dostępnym wówczas terenie Królestwa 30 oddziałów sanitarnych z przychodniami, aptekami i stacyami szczepienia krowianką, 20 szpitali stałych lub barakowych z domami izolacyjnymi i przyrządami dezynfekcyjnymi, zdołano wykształcić przeszło 3000 sanitaryuszy, dalej zaś tworzyć lotne oddziały sanitarno-żywnościowe, opiekujące się wygnańcami.

Należy tu wspomnieć o żywem współdziałaniu zrzeszeń lekarskich, przedewszystkiem Stowarzyszenia lekarzy warszawskich, a także Towarzystw lekarskiego i higienicznego, jak również prasy lekarskiej warszawskiej; w towarzystwach tych i w prasie roztrząsano żywo sprawy zdrowia publicznego, dając często w wielu sprawach inicyatywę (regestracya chorób zakaźnych, domy izolacyjne, stworzenie przemysłu lekarskiego dla zaradzenia brakowi leków, reformy szpitalnictwa i t. d.). Wśród licznych inicyatorów odznaczył się ruchliwością przedewszystkiem Dr. Józef Jaworski.

Połączonemi siłami Towarzystwa naukowego, lekarskiego i higienicznego stworzono 3-tygodniowe kursa sanitarne, które kilkakrotnie powtórzone, wykształciły 1160 osób. Dyrektorem kursów obrano również Dr. J. Jaworskiego. Obok zajęć praktycznych obejmowały te kursa wykłady anatomii (prof. Przewoski), fizyologii (pros. fizyol. Kuczyński), higieny (Dr. Polak i Karwacki), epidemiologii (prosektor szpitali Dr. Kuligowski i Dr. M. Jakowski), pierwszej pomocy i pielęgnowania chorych (prof. Kryński, Dr. Szmurło i Korzon), dezynfekcyi (dyr. Koralewski), szczepienia ospy (W. Polak). Z kursów wydano staranne sprawozdanie (streszczone w »Gazecie lek.« 1915 Nr. 31).

Niemniejszą żywotność, jak dawniej Wydział sanitarny C. K. O., okazały późniejsze sekcye — sanitarna i szpitalna Wydziału miejskiego. Dla przykładu wspomnimy o utworzonej przez sekcyę sanitarną z początkiem r. b. »komisyi badania chleba«, która natychmiast zbadała 201 piekarń, (zamknęła z nich 20), wydała instrukcyę dla piekarzy, przeprowadziła w swej pracowni badania mąki, utworzyła piekarnię próbną i t. d. Sekcya szpitalna Wydziału miejskiego (złożona z 5 naczelnych lekarzy szpitali, 5 ordynatorów i 5 kuratorów) była niejako dalszym ciągiem takiejże sekcyi C. K. O. Jeszcze tamtej zawdzięczać należy stworzenie nowego, nader potrzebnego szpitala dla chorych na choroby przewlekłe i nieuleczalne, o 250 łóżkach; tworzenie dalszych schronisk jest obecnie w toku. Do niełatwych zadań należało też pomnożenie liczby łóżek dla zakaźnych w szpitalach warszawskich, a stworzenie dla chorych niezakaźnych innych pomieszczeń. Jęto się także, skoro tylko okoliczności pozwoliły, reorganizacyi służby lekarskiej. W tym celu wydano przedewszystkiem »regulamin obsadzania posad lekarzy w szpitalach, zarządzanych przez miasto« (ogłoszony w styczniu 1916), starając się nawiązać do tradycyi dawnej i naprawić to, co popsuły władze rosyjskie. Regulamin ten spotkał się wprawdzie z pewną krytyką (głównie zarzucano: przyznanie kuratorom szpitali zbyt wielkiego wpływu na obsadzanie posad, brak reform w systemie konkursów na posady, wzorowanie się na gorszych przepisach z r. 1870, zamiast na lepszych dawniejszych), jednak wogóle przyjęto go z uznaniem, gdyż usuwa on najszkodliwsze naleciałości rosyjskie; o gruntownej reformie nie było czasu myśleć, musząc korzystać ze sposobnej chwili dla tymczasowych przynajmniej ulepszeń. Sprawa ta jest przedmiotem dalszej dyskusyi wraz z rozmaitemi sprawami zawodowolekarskiemi, z których na uwagę zasługuje pomysł utworzenia Izb lekarskich, poruszenie sprawy ubezpieczenia lekarzy*), zwłaszcza zajętych walką z epidemiami, głosy przeciw kumulacyi płatnych posad lekarskich. Te jednak dyskusye, dotyczące interesów stanu lekarskiego, są niejako na drugim planie. Odsuwa je tam wyraźne dążenie, by przedewszystkiem nieść pomoc sanitarnolekarską ciężko nawiedzonemu krajowi bez względu na ofiary, jakie przy tem ponieść muszą lekarze. Stąd bierze źródło energiczne krzątanie się, by zaopatrzyć w lekarzy miejscowości, gdzie ich wskutek wojny brakło; a więc spis jednodniowy lekarzy, przebywających w kraju, urządzony 1. IX. 1915; kilkakrotne gorące odezwy w czasopismach, wzywające lekarzy do wytężen a wszystkich sił w walce z chorobami zakaźnemi; starania Stowarzyszenia lekarzy, by zapewnić lekarzy do 26 większych miejscowości, gdzie ich brakło, a po uwolnieniu z niewoli 50 lekarzy Polaków i rozesłaniu ich przez władze po kraju, — starania o osadzenie lekarzy w 13 miejscowościach, gdzie ich jeszcze mimo to potrzeba. Ruch ten przeszedł z Warszawy i do tej części kraju, którą zajęły wojska austryackie, gdzie główny Komitet ratunkowy podjął starania o uwolnienie lekarzy-jeńców, przebywających w Austryi (a zarazem o utworzenie rad opiekuńczych szpitalnych, o przyjmowanie chorych cywilnych do szpitali Czerwonego Krzyża, o dostarczenie leków, krowianki i i.).

Z akcyi społecznych zasługuje na przytoczenie jeszcze uruchomienie sanatoryum w Rudce, powracającego obecnie do stanu normalnego, poruszenie sprawy opieki nad umysłowo chorymi (Dr. Chodźko), działalność Towarzystwa kolonii dla dzieci, które nie mogąc w r. 1915 w czasie walk o Warszawę wysyłać zwykłych kolonii, stworzyło z wielką pracą »półkolonie« w Mokotowie dla 950 dzieci (kosztem 15445 rb.) i małą kolonię stałą na krańcu Warszawy, chroniąc ją szczęśliwie w czasie najgorętszych nawet zapasów wojennych. Towarzystwo zaś higieny praktycznej im. Prusa przygotowuje zabawy, gry i wycieczki dla dzieci warszawskich na r. b., ponieważ i teraz wyjazd na kolonie (z powodów zapewne aprowizacyjnych) jest wątpliwy.

Oprócz wspomnianych już szczegółów o Towarzystwach lekarskich dowiadujemy się, że Warszawskie Towarzystwo lekarskie i Stowarzyszenie lekarzy odbywały regularne posiedzenia; w Towarzystwie higienicznem powstał nowy Wydział: »lekarzy sanitarnych«. Wyborów zarządu Towarzystwa lekarskiego na r. 1915 nie dokonano, przedłużając tylko mandaty; na r. 1916 wybrani zostali: prezesem Dr. Pawiński, sekretarzem Dr. Dąbrowski, zastępcą Dr. Oczesalski, skarbnikiem Dr. Winiarski. Towarzystwo okulistyczne polskie wybrało na r. 1916 prezesem Dr. Beina, wiceprezesem Dr. Cetnarowicza, sekretarką Dr. Oyrzanowską. Dr. M. Jakowski został wybrany sekretarzem Towarzystwa naukowego warszawskiego.

Nagrodę im. Moczutkowskiego za najlepszy wykład w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem otrzymał za r. 1914 Dr. Malinowski za wykład o dermatomykozach, za r. 1915 Dr. Chełchowski za wykład o puchlinie głodowej (praca, znana czytelnikom »Przeglądu lek.«) i Dr. E. Flatau za pracę o metodzie przepłukiwania przestrzeni podoponowych.

Nader zajmujących szczegółów dowiadujemy się z dziejów organizacyi odrodzonej polskiej Wszechnicy warszawskiej, a w szczególności jej Wydziału lekarskiego. Zestawia je krótko »Gazeta lekarska« (w Nr. 33 z r. 1915). Już z końcem r. 1914 rozpoczęto

*) O zasługach Dr Męczkowskiego świadczy wręczenie mu dziękczynnego adresu przy przejściu z sekcyi sanitarnej do sekcyi szpitalnej.

*) Godzi się tu wspomnieć, że dla ratowania rodzin lekarzy, które znalazły się niejednokrotnie w rozpaczliwem położeniu, działa obok dawno już istniejącej »Kasy wsparć«, utworzony przez Stowarzyszenie lekarzy z inicyatywy Dr. Kozerskiego »Komitet pomocy koleżeńskiej«. Do komitetu, który zaczął działać 20 X. 1915, wpisało się zaraz 374, a do końca marca r. b. 413 członków. Pomocy udzielono 26 rodzinom lekarzy, w postaci pożyczek, różnych świadczeń; niektórym trzeba było nawet pomagać bonami na bezpłatne obiady, co najlepiej określa ich położenie.

prace przygotowawcze za staraniem osób, kierujących Towarzystwem kursów naukowych; zorganizowano Komisyę szkół wyższych pod kierunkiem prof. W. Miklaszewskiego, a w niej Sekcyę uniwersytecką. »Podsekcyę lekarską« składali: A. Sokołowski, J. Pawiński i A. Puławski, delegowani przez Towarzystwo lekarskie, prof. Kryński, jako przedstawiciel Towarzystwa naukowego i St. Orłowski z grona wykładających na kursach naukowych. Grono to przez dobranie 11 członków lekarzy (Brudziński, Bieliński, Flatau, Jakowski, Janowski, Kamocki, Rejchman, Rzętkowski, Sawicki, Serkowski, Stankiewicz) przeobraziło się w »Podkomisyę lekarską«, która pod przewodnictwem A. Sokołowskiego odbyła 8 posiedzeń i wypracowała wnioski organizacyjne dla Wydziału lekarskiego, rozpatrzywszy przedtem 4 referaty: Brudzińskiego: »W sprawie organizacyi Uniwersytetu, a Wydziału lekarskiego w szczególności« (wydany potem jako znana i u nas broszura), Rzętkowskiego: »W sprawie wykładów przedmiotów przyrodniczych i teoretycznych lekarskich na Wydziale lek.«, Orłowskiego: »W sprawie instytutów Wydziału lek.« (ogłoszony w »Medycynie i Kronice lek.«) i Boczkowskiego w sprawie akademii weterynaryjnej. Następnie, gdy Wydział oświecenia C. K. O. przystępował do czynnej akcyi, przewodniczącym Komisyi uniwersyteckiej został Dr. Brudziński, a podkomisyę Wydziału lekarskiego składali prócz niego: Kryński, Orłowski, Pawiński, Puławski, Rzętkowski, Sokołowski. W chwili, gdy wszystko już było gotowe do utworzenia Wszechnicy siłami samego społeczeństwa, objęły tę sprawę, jak wiadomo, w swoje ręce władze okupacyjne.

Już w okresie przygotowawczym, a tem więcej od otwarcia Uniwersytetu (o czem w swoim czasie dokładniej pisaliśmy) rozpoczął się w Warszawie niezmiernie żywy ruch w zakresie wydawnictwa podręczników lekarskich. Pomijając »Fizyologię« prof. Cybulskiego i Becka, wydaną tymczasem w Krakowie (ale przez Kasę im. Mianowskiego), wyszedł już z druku podręcznik B. Koskowskiego: »Receptura czyli prawidła przepisywania i przyrządzania leków«, oraz 2 pierwsze zeszyty »Wskazówek do preparowania narządów wewnętrznych« prof. Lotha. W druku, nakładem Kasy im. Mianowskiego, jest II tom »Chorób nosa i gardła« Dr Herynga, oraz przekład »Farmakologii doświadczalnej« Meyera i Gottlieba, dokonany przez Doc. Pruszyńskiego. Podjęto tłomaczenie podręcznika anatomii Henlego, Dr Leśniowski opracowuje podręcznik urologii, grono internistów pod przewodnictwem Dr A. Sokołowskiego podręcznik chorób dróg oddechowych, inne grono pod kierunkiem Dr Rzętkowskiego — dyagnostykę lekarską. Zaczęła wychodzić zeszytami »Anatomia opisowa« według wykładów prof. Lotha, redagowana przez słuchaczy medycyny Wł. Koskowskiego i K. Tyszkę (demonstratorów Zakładu anat. warsz.) i St. Bogusławskiego (wydany zeszyt I, objaśniony licznymi rysunkami, obejmuje obok krótkiego zarysu embryologii i ogólnej histologii — część osteologii).

Wszystko to jest obiecującym zadatkiem pracy młodego Wydziału lekarskiego, który niedawno (1. IV. 1916) obchodził piękną uroczystość domową: otwarcie letniego półrocza z rozpoczęciem wykładów przez dziekana prof. Kryńskiego, którego słuchacze przyjęli gorącą owacyą, i przez rektora Dr Brudzińskiego, któremu przed pierwszym wykładem z zakresu propedeutyki lekarskiej złożyła młodzież wyrazy czci i istotnie zasłużonego uznania wraz z życzeniami powodzenia dla wszechnicy.

St. C.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Po reformie Najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu, gdy powołano z Galicyi zbyt niewielu członków, powiodło się przez usilne starania uzyskać zwiększenie tej liczby. Na 60 członków Rady przyznano Galicyi 8 miejsc. Nie odpowiadało to wprawdzie jeszcze słusznym żądaniom, ale na razie odstąpiono od dalszych kroków, wobec obietnic, że w następnej kadencyi zostanie Galicya już należycie uwzględniona. Tymczasem przy tegorocznej nominacyi członków Rady, zmniejszając ich liczbę na 48, to jest o $^1/_5$, powołano z Galicyi tylko 4, to jest o połowę mniej, niż poprzednio. Pomijając dawniejsze obietnice, jest to tem...... dziwniejsze, że właśnie w czasie wojny Galicya, jako przedmurze, chroniące całe państwo austryackie od epidemii,

potrzebuje szczególnej pieczy ze strony Najwyższej Rady zdrowia, która powinna być raczej wzmocniona znaczniejszą liczbą znawców naszego kraju i jego stosunków. Wreszcie nie bez znaczenia powinnaby być rozległość i zaludnienie Galicyi. Dla porównania nadmienimy, że Czechy mają w Najwyższej Radzie zdrowia i teraz 8 przedstawicieli, $^1/_6$ ogólnej liczby członków, a Galicya 4, t. j. $^1/_{10}$

— Grono kolegów, dobrowolną ofiarą popierających wydawnictwo »Przeglądu«, zwiększył r. dw. prof. dr Ludwik Rydygier, oraz dr Tadeusz Ostrowski ze Lwowa (obecnie w Bernie mor.).

— Towarzystwo lekarskie w Krakowie odbyło d. 12. IV b. r. posiedzenie, na którem kol. Lubecka i kol. Wespański przedstawiali przypadek duru powrotnego wraz z preparatami krętków Obermeiera, poczem w dyskusyi przemawiali kol. Braun i Michałowicz. Nastepnie przystąpiono do dyskusyi nad wykładem kol. Latkowskiego z d. 29. III. p. t.: »O osłabieniu mięśnia sercowego pod względem klinicznym«, w której przemawiali kol. Wachtel, Nowaczyński, Glassner, Michałowicz, Latkowski.

— Prof. dr Przemysław Pieniążek został mianowany profesorem zwyczajnym rzeczywistym.

— Dyplom doktora medycyny uzyskali pp. Józef Klarner z Bełżyc (Królestwo), Andrzej Pobóg Bylicki z Krakowa.

— Druk II tomu »Anatomii człowieka« ś. p. prof. dr Bochenka jest na ukończeniu, druk III tomu będzie ukończony prawdopodobnie we wrześniu r. b.; przygotowuje się również ponowne wydanie I tomu w bieżącym jeszcze roku.

— W Poroninie obok Zakopanego wakuje posada zastępcy lekarza okręgowego z płacą 10 K dziennie i dodatkiem 100 K miesięcznie na objazdy. Przy pewnej wytrzymałości na trudy (dróg górskich) można liczyć na znaczny dochód z praktyki prywatnej. Zgłoszenia przyjmuje Wydział powiatowy w Nowym Targu.

Na fundusz im. Jordana złożył Dr Józef Gogulski z Krakowa 20 koron, jako nieprzyjęte honoraryum, Dr Wojciech Rec z Krakowa 300 koron tytułem nieprzyjętego honoraryum, Dr Władysław Szumski z Głogowa 20 koron, jako honoraryum nieprzyjęte przez Dra Frączkiewicza i Dra Spirę, lekarze bocheńscy 50 koron zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dra Czesława Górskiego. Wydział Związku krajowego lekarzy składa wymienionym Kolegom serdeczne podziękowanie.

Lwów. Walne zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się dnia 27 maja 1916 o godzinie 6 wieczorem we Lwowie w lokalu Polikliniki powszechnej (ul. Lindego 5). Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie za czas ubiegły (sekretarz Dr Lilien). 2) Sprawozdanie kasowe (skarbnik Dr Świątkiewicz). 2) Sprawozdanie Komisyi kontrolującej. 4) Wybór nowego Wydziału. 5) Ewentualne wnioski członków. — W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w tensam dzień o godz. $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych. — We Lwowie, 29 kwietnia 1916. Dr Papée, przewodniczący, Dr Lilien, sekretarz.

— Dr Szczepan Mikołajski wydał drukiem listy do syna, znajdującego się w szeregach, p. t.: »W imię Ojczyzny! Rady i przestrogi dla żołnierza polskiego«. Broszura ta, zmierzająca do tego, aby wykształceńszą młodzież ostrzedz przed niebezpieczeństwem chorób wenerycznych, wydana z zachęty i z przedmową prof. dr. Łukasiewicza, jest bodaj pierwszą u nas próbą walki zapomocą uświadomienia szerszych sfer z grożącą całemu społeczeństwu wielką klęską. Napisane oględnie, aby nikogo razić ani zgorszyć nie mogły, odznaczają się te »Listy do syna« nietylko właściwą autorowi żywością stylu i umiejętnością popularyzacyi, ale też przepaja je serdeczna troska o los narodu; powinny więc cel osiągnąć. Za publikacyą dr Mikołajskiego, przeznaczoną dla kół wykształceńszych, powinny jaknajrychlej pójść inne, obliczone na szerokie sfery ludowe.

Warszawa. Wyszedł z druku »Kalendarzyk lekarski na r. 1916« dr J. Polaka. Jestto jedyny w r. b. kalendarzyk lekarski polski. Oprócz zwykłej treści zawiera on ciekawe daty, związane z obecną wojną.

— W czasopismach lekarskich niemieckich w połowie kwietnia ogłoszono, że w Polsce wielki brak lekarzy, gdyż jeden przypada na 40000 ludności i że potrzeba zaraz lekarzy do 64 miejscowości. Niemiecki zarząd zamierza osiadającym tam lekarzom oprócz bezpłatnego mieszkania udzielać subwencyi, średnio 200 mk. miesięcznie; bliższych wiadomości udziela »Geschäftszimmer der Medizinalabteilung« w Warszawie.

Łódź. Otrzymaliśmy sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego łódzkiego wraz z zajmującem sprawozdaniem z losów Towarzystwa w czasie wojny, które ogłosimy w najbliższym czasie.

Z różnych stron. Nowe czasopismo lekarskie polskie powstało w Ameryce, bo tak nazwać należy wychodzący w Chicago co miesiąc »Biuletyn Towarzystwa lekarzy polskich«. Biuletyn ten wychodzi już drugi rok, teraz jednak dopiero po raz pierwszy doszedł nas Nr 2 drugiego rocznika (z lutego 1916). Biuletyn ten składa się z dwu kartek: Na pierwszej stronie znajduje się ogłoszenie o posiedzeniu Towarzystwa, odbywającem się co miesiąc (na posiedzeniu w d. 25. II. b. r., był na porządku dziennym wykład dr Balcerzaka »O sfigmomanometryi«) i skład Zarządu (prezes dr Pietrowicz), w tekście zaś: artykulik dr Balcerzaka o pierwszej pomocy (z kursu sanitarnego), przypomnienie o bezpłatnej polskiej lecznicy dla biednych w ochronce Anioła Stróża, artykulik o walce z gruźlicą i notatka o próbie Schicka.

— W wiedeńskiej »Neue Freie Presse« wystąpił ktoś z projektem, aby stworzone na froncie bojowym urządzenia przemysłowe, sanitarne, nawet umeblowania kwater wojskowych i t. p. ocalić od zmarnienia, nietylko rozdzielając je po wojnie w pasie granicznym państwa, ale także przenosząc do Wiednia. Krakowski »Głos Narodu« (Nr 113 z 23. IV.) przypomniawszy, że wiele z tych urządzeń dostało się do okopów żołnierskich z... mieszkań naszej ludności, dodaje o urządzeniach sanitarnych następującą, aż nazbyt słuszną uwagę:

»Chcielibyśmy zapytać wiedeńskiego felietonistę, czy wiadomo mu, w jakim stanie pozostawiła wojna urządzenia sanitarne w naszym kraju, przez który miesiącami się przewalała. Nasi lekarze, zajęci w szpitalach powiatowych, pełnili funkcye częstokroć wprost heroiczne. Ileż było wypadków w miastach wschodniej Galicyi, w których kierownik powiatowego szpitala był jedynym lekarzem na cały powiat, który czuwać musiał nietylko nad swoim szpitalem, ale nad zdrowiem całego powiatu, oraz nad rannymi zarówno z naszej armii, jak i z armii rosyjskiej za czasów inwazyi. Znam ludzi, którzy osiwieli nagle przez czas wojny pod brzemieniem tej pracy. Czy wie felietonista wiedeński o tem, jaki obraz zniszczenia przedstawiały wszystkie nasze apteki i znaczna część szpitali, gdy po nich przeszła nawała kozacka? Od potłuczonych i pogruchotanych urządzeń aż do połamanych narzędzi chirurgicznych. Jeśli zakładom sanitarnym wiedeńskim brak zbytkownego wyposażenia, któregoby pragnął felietonista, to nasze muszą z trudem zaspokajać potrzeby najprymitywniejsze. Trzeba dodać, że cały ten ciężar przywrócenia do porządku naszych urządzeń sanitarnych wali się tylko na kraj«.

— Uniwersytet Genewski żegnać będzie z końcem czerwca r. b. uroczystym obchodem ustępującego z katedry po 40-letniej pracy prof. dr Zygmunta Laskowskiego. Polskie Stowarzyszenia w Genewie urządzają równorzędnie obchód hołdowniczy i w tym celu zawiązują Komitet jubileuszowy, którego zjazd oznaczono na 29. IV. b. r.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Zeszyt poświęcony sprawie zwalczania chorób wenerycznych.

Rok LV. Kraków, 1. czerwca 1916. Nr 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Niebezpieczeństwo społeczne chorób wenerycznych

napisał

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Jak poważne mogą być dla zdrowia jednostki następstwa obu głównych zakażeń wenerycznych, wie i ocenia dziś dość znaczna część ludności męskiej, nawet mniej wykształconej i nawet u nas. Natomiast, nie mówiąc już o ogóle, ba — o jego oświeceńszych warstwach, do dziś niejeden lekarz, i nietylko u nas, nie zdaje sobie sprawy z rozmiarów społecznohigienicznego niebezpieczeństwa tych zakażeń, nawet w czasach zwykłych, cóż dopiero w czasie wojennym i powojennym. Przyczyna leży zapewne w tem, że higiena społeczna jest dotąd większości lekarzy obcą, o ile niektórych jej zagadnień nie narzuca im życie codzienne; a właśnie społeczna strona chorób wenerycznych tem mniej wplata się w to codzienne życie lekarskie, im mniej styka się z niemi lekarz w swej praktyce. Częstość chorób wenerycznych pozostaje wszędzie w stosunku odwrotnym do gęstości zaludnienia; na wsi bywa ona dziesięćkroć mniejszą, niż w miastach, stokroć mniejszą, niż w stolicach [1]). Lekarz więc praktyczny na wsi lub w małem mieście spotyka się z chorobami wenerycznemi i ich następstwami stosunkowo niewiele, bo są one tam w zwykłych warunkach względnie rzadkie; nieinaczej jest jednak i w dużych miastach i w stolicach, bo tam wobec dzisiejszej specyalizacyi dostają się przypadki prawie wszystkie w ręce syfilidologów, ginekologów, neurologów, okulistów. W ten sposób nietylko usuwają się z przed oczu ogółu lekarzy te konsekwencye zakażeń wenerycznych, które są najciemniejszą pod względem społecznym ich stroną, ale wogóle choroby weneryczne zajmują w codziennej pracy lekarza-praktyka zbyt mało miejsca, aby mogły żywsze oblec barwy w jego rozważaniach o społecznych zadaniach zawodu lekarskiego.

Jeżeli jednak kiedy i gdzie, to właśnie dziś i właśnie w Polsce trzeba koniecznie ocenić społecznonarodowe niebezpieczeństwo chorób wenerycznych w całym jego rozmiarze. Ocenić je muszą przedewszystkiem lekarze, a z ich pomocą całe społeczeństwo, albowiem także społeczeństwo samo w wielkiej mierze może i powinno przyłożyć się do zapobieżenia groźnym skutkom na przyszłość.

Groza położenia tkwi przedewszystkiem w tem, że gdy wojna sama przez się i nieodstępne jej towarzyszki, ostre zarazy, głód czy półgłodek i niepowrotne wygnanie, wyszarpują w żywem ciele narodu rany głębokie, leczące się jednak stosunkowo szybko przez sam czas i przez rozrodczość społeczeństwa, — to równie wierni, jak tamte, satellici wojny: choroby weneryczne, alkoholizm, gruźlica, wloką się za nią długim orszakiem i nietylko czasowe czynią wyrwy, ale toczą sam rdzeń społeczeństwa, samo jego jestestwo, podgryzają je u korzenia; nietylko uszczuplają naród ilościowo, ale pogarszają jego jakość, wywołują zmarnienie na długi szereg pokoleń.

Straty, obejmujące walczących z bronią w ręku, bezbronnych, którzy padli znalazłszy się wśród linii bojowych, dalej setki tysięcy dozgonnych wygnańców, setki tysięcy ofiar pomorów w kraju, nędzy na tułaczce, głodu i trudów, — a wreszcie i te straty, które zależą od zmniejszenia się liczby zapłodnień z powodu nieobecności milionów mężczyzn w domu i od idącego za tem spadku liczby urodzeń, — te wszystkie straty powetuje sobie w latach kilkudziesięciu naród płodny, zdrowy fizycznie i moralnie. Wierzyćby można nawet w odrodzenie się liczebne narodów, wymierających zwolna przed wojną czy samobójczą poniekąd drogą wskutek moralnego niezdrowia, czy pod działaniem warunków społeczno-ekonomicznych, zgniatających naturalną rozrodczość siłą żelaznego przymusu. Ale już w samem liczebnem odrodzeniu się nie dotrzyma innym kroku ten naród, w którym choroby weneryczne wysuszą źródła odrodzenia, w którym wiewiór wyjałowi tysiące mężczyzn, z tysiąców kobiet uczyni bezpłodne, schorzałe kaleki, w którym kiłą zakażone matki przejdą szeregi poronień, zanim wreszcie porodzą nędzarzy, wlokących

[1]) Zupełnie pewnych liczb niema żadna urzędowa statystyka europejska, prócz skandynawskiej, w Danii bowiem i Norwegii nakłada ustawa obowiązek (bezimiennego) donoszenia o zachorowaniach wenerycznych. Otóż w dziesięcioleciu 1884—1895 zachorowało na choroby weneryczne na 10.000 ludności w Kopenhadze 202 osoby, w prowincyonalnych miastach Danii 30, na wsi 3,8. Zbliżone liczby uzyskano w Niemczech zapomocą obrachunku drogą pośrednią (Blaschko).

opłakany żywot na to, by dalszym pokoleniom przekazać znów w dziedzictwie marny i wątły ustrój.

Do jakiego stopnia zmniejszają choroby weneryczne rozrodczość, wskazuje stwierdzony w Niemczech przez ścisłe i duże statystyki fakt, że z małżeństw bezdzietnych lub mających jedno tylko dziecko, prawie połowa zawdzięcza to przebytemu wiewiórowi[1]). Stratę coroczną w przyroście ludności wskutek niepłodności powiewiórowej obliczono tam na 200.000. Stratę tę w Polsce, uwzględniając nawet, że mamy mniej dużych miast i stąd prawdopodobnie ogólnie mniejszy odsetek chorób wenerycznych, należałoby szacować w zwykłych już warunkach około 40 do 50 tysięcy urodzin rocznie. Trudniej oszacować stratę w liczbie urodzin z powodu poronień kiłowych i przedwczesnego zmierania dzieci, dotkniętych kiłą wrodzoną. Niejakie o tem wyobrażenie daje częstość samegoż zakażenia kiłowego. Według obliczeń skandynawskich[2]) i niemieckich przypada wśród chorych wenerycznych do 30. roku życia nie mniej, niż 20%, na kiłę. Ściślej mogłyby tę rzecz określić odpowiednie badania w okolicach, nawiedzanych endemią kiły, u nas — na Huculszczyźnie. Dotąd jednak niema stamtąd szczegółowych w tym względzie danych[3]), z innych zaś endemii kiły (Rosya) dat o tem nie posiadam.

Większą jeszcze może wagę społeczną, niż wpływ na płodność, ma zwyradniający wpływ chorób wenerycznych na samych zakażonych i na potomstwo, przez nich spłodzone. Społeczno-higieniczny wykładnik tego wpływu zwyradniającego jest trojaki: nadmierna chorobliwość i śmiertelność, zwłaszcza małych dzieci, kalectwa (ślepota i in.), zmniejszona zdolność do życia społecznego (zmniejszenie się produktywności ekonomicznej, zwiększenie się zbrodniczości). W gospodarce społecznej wszystko to da się obliczyć w równoważnikach ekonomicznych. Można dokładnie obrachować straty w majątku narodowym, powstające przez idące na marne porody (płodów nieżywych), przez koszt chowania dzieci przedwcześnie zmierających, utrzymywania kalek, zbrodniarzy (więzienia), obłąkanych i umysłowo niedołężnych, przez koszt chorób i pogrzebów. Same tylko straty w ubytku produktywnej pracy, w zwiększonej śmiertelności i t. d. dają tu przy bardzo ostrożnem obliczaniu cyfry przerażające, idące w miliardy koron, dla żadnego, choćby najzamożniejszego społeczeństwa nie obojętne. A my — jak dosadnie określił to Henryk Jordan — »jako naród jesteśmy grubo za biedni, by sobie na zbytek kilkudziesięciu tysięcy grobów pozwalać! grubo za biedni!«[4]). Te miliardy koron, o które ubożeje społeczeństwo, dają się przynajmniej obliczyć; ale nawet obliczyć się nie daje strata jeszcze ważniejsza, ubytek sił fizycznych i moralnych w konkurencyjnej walce narodu o byt. A tylko silni w tej międzynarodowej walce zwyciężają.

W zakresie trwałych szkód społecznych nie należy niedoceniać wpływu wiewióra. Pomijając już przypadki przerzucenia się tego zakażenia na narządy wewnętrzne i stąd pochodzące ciężkie sprawy na wsierdziu, w stawach i t. d., na szczęście niezbyt częste, liczyć się tu należy z jednej strony z upośledzeniem zdolności do pracy mnóstwa kobiet, dręczonych ciągłemi dolegliwościami z powodu przewlekłego wiewióra głębszych części narządu rodnego, z drugiej zaś strony ze strasznem następstwem śluzoropotoku wiewiórowego spojówek u noworodków — ślepotą. Częstość tej przyczyny oślepnięcia rozmaicie bywa podawana, widocznie zależy ona od warunków miejscowych, które u nas mogą teraz ukształtować się szczególnie niekorzystnie. Śluzoropotok był przyczyną oślepnięcia u 21·3% wychowańców zakładu dla ociemniałych w Berlinie, u 31% w Wiedniu, 35·1% we Wrocławiu, 47·9% w Peszcie, a nawet 73·9% w Monachium. U nas zapewne wypada ten odsetek mniejszy, ale tylko dlatego, że wśród przyczyn oślepnięcia współzawodniczy w Polsce ze śluzoropotokiem jaglica, a w dawniejszych latach ospa. Niemniej nieprawdopodobnie wielką liczbę rzekomo »od urodzenia« ciemnych, podawaną w naszych statystykach[1]), w ogromnej większości odnieść należy najpewniej do śluzoropotoku. Nie uwzględniając nawet, że do tej grupy należeć musi także część ociemniałych »wskutek innych chorób«, w której to rubryce mieści się przeszło połowa ciemnych w Galicyi, a wszystkie przypadki bez podanej przyczyny — otrzymujemy, po doliczeniu tych, w których jako przyczynę podano wyraźnie śluzoropotok, 29·6% w r. 1896, a 28% w r. 1902. Przypomnieć tu trzeba, że liczba ciemnych w Galicyi wynosiła w zwykłych czasach około 66 na 10.000 ludności (w całej Austryi tylko około 54), i że ciemni są u nas większym ciężarem społecznym, niż gdziekolwiek, bo zaledwo drobniuchna garstka może się nauczyć jakotako zarabiać na swe utrzymanie w jedynym w Galicyi małym zakładzie lwowskim, a wszystkich innych utrzymuje społeczeństwo. Przedewszystkiem zaś pamiętać należy, że ledwo czwarta część porodów w Galicyi odbywa się przy pomocy wykształconych położnych, zobowiązanych do zabiegów profilaktycznych, trzy czwarte porodów natomiast bez jakiegokolwiek zapobiegania śluzoropotokowi noworodków. Że mimo to śluzoropotok nie przybrał dotąd rozmiarów klęski społecznej, pochodzi jedynie stąd, iż wiewiór nie był w zwykłych czasach wśród ludu wiejskiego zbyt częsty. Co będzie jednakże teraz, gdy zalew rosyjski, roznoszący choroby weneryczne, dotarł był do zapadłych nawet wsi, gdzie pomoc umiejętna jest przy porodzie wyjątkową lub zgoła nieznaną?

Mniej od wiewióra rozpowszechniona, zostawia kiła w społeczeństwie ślady tem cięższe i tem dłużej. Dowód niestety aż nadto blizko, w tragicznym losie Huculszczyzny, gdzie srożąca się endemia kiły jest niezatartym do dziś śladem przejścia wojsk rosyjskich na Węgry w r. 1848... Społeczne skutki kiły na Huculszczyźnie uderzają odrazu przedewszystkiem w nadmiernej chorobliwości i śmiertelności dzieci, w której powiaty, nawiedzone endemią, przodują ciągle. Cokolwiekby mówić można o braku opieki

---

[1]) Finger przypisuje wiewiórowi niepłodność u kobiet nawet w 75%.

[2]) Obliczenia te mają istotną wartość z powodów, wspomnianych w poprzednim przypisku 1 na str. 125.

[3]) Bez osobnej statystyki nieżywo urodzonych z gmin, szczególnie nawiedzonych kiłą, nie można nic sądzić o wpływie kiły na płodność na Huculszczyźnie; statystyki takiej niema jednak w Sprawozdaniach c. k. Krajowej Rady zdrowia.

[4]) Wykład publiczny w d. 18, II 1889.

[1]) Sprawozdania c. k. Krajowej Rady zdrowia z lat 1896. do 1908.

nad niemowlętami, o niechlujstwie i niedbalstwie matek Hucułek w tamtych stronach, o znacznej tam zawsze jeszcze u dzieci śmiertelności z chorób zakaźnych ostrych, niezaprzeczonym pozostanie faktem, że powiaty kiłą nawiedzone tracą stale większy odsetek dzieci, niż powiaty sąsiednie, w których wszystkie tamte warunki są takiesame, a tylko kiły jest mniej. Powiat nadwórniański szedł w r. 1896 na czele całej Galicyi co do śmiertelności dzieci w pierwszym roku życia w stosunku do liczby dzieci żywo urodzonych (35·5 %), niewiele mu ustępował powiat kosowski, wśród powiatów zaś, górujących śmiertelnością do 5. roku życia w stosunku do ogólnej ilości zmarłych, jedno z pierwszych miejsc zajmowały w tym czasie powiaty stryjski (63 %) i bohorodczański (61·7 %). Po 25 latach, gdy śmiertelność w całym kraju znacznie się zmniejszyła, spadła ona i na Pokuciu; ale stosunek pozostał ten sam. Co do śmiertelności dzieci w pierwszym roku życia stoi znów powiat kosowski na czwartem już miejscu (24·7 %), niedaleko nadwórniański (23·8 %), a utworzony tymczasem peczeniżyński nawet zaraz na drugiem (25·7 %). Są to zaś właśnie powiaty, najwięcej dotknięte endemią kiły.

Niema tu, w czasopiśmie lekarskiem, potrzeby podkreślać zwyradniającego wpływu kiły nietylko na pierwsze pokolenie potomstwa zakażonych — o ile pozostanie przy życiu —, ale i na dalsze. Skłonność do poronień w pierwszem pokoleniu potomstwa, choć objawów kiły wrodzonej nie było, częstość niedorostu, tępoty umysłowej aż do zupełnego głuptactwa (idyotyzmu) przez kilka conajmniej pokoleń, wykazały nowsze badania najzupełniej ściśle. Zbyteczną również byłoby rzeczą rozwodzić się tu o oddziaływaniu kiły na ustrój samychże zakażonych, przedewszystkiem na układ krążenia i narząd nerwowy, przypominać o wyłącznej prawie roli etyologicznej kiły w porażeniu postępującem, wiądzie rdzenia i t. d. Natomiast pragnę zwrócić uwagę na to, że w uświadamianiu ogółu o społecznych niebezpieczeństwach chorób wenerycznych powinniśmy na tę stronę sprawy szczególny kłaść nacisk, ponieważ tu właśnie bardzo wyraźnie jest widoczna owa podstępna przeciągłość działania, owo ukryte podmywanie samych podwalin zdrowia narodu przez kiłę. Niebezpieczeństwo społeczne kiły rysuje się jednakże w całej grozie, dopiero w zestawieniu mnogości i ciężkości następstw tego zakażenia z rozmiarami, do jakich dojść może endemia, jeżeli raz na dobre się zakorzeni. W Rosyi w niektórych powiatach gubernii czernihowskiej chorowało na endemiczną kiłę według Generopitowcewa 95 %, wyraźnie dziewięćdziesiątpięć na sto ludności. W niektórych wsiach huculskich w Galicyi doszła liczba kiłowych do p i ą t e j c z ę ś c i ogółu ludności, i tak w bohorodczańskiem w Bitkowie do 19·5 %, w Maniawie nawet do 22·3 % [1]). Gdybyśmy nie zdołali zapobiedz teraz dość wcześnie rozpanoszeniu się kiły w kraju, to endemia tylko przez pół tak silna, dałaby cyfrę n i e m a l m i l i o n a c h o r y c h na kiłę w samej tylko Galicyi. Liczba wydaje się wprost fantastyczną, a jednak niestety — nie jest niemożliwością.

Trzeba sobie przytem uprzytomnić, że szerzenie się chorób wenerycznych w Polsce nie jest niebezpieczeństwem dopiero zagrażającem, ale już bezpośredniem. Było ono od chwili zajęcia Galicyi przez Rosyan conajmniej dwukrotnie większe, niż w jakimkolwiek innym kraju europejskim. Nigdzie nie przewalały się przez kraj tam i z powrotem milionowe armie, tylko w Galicyi i w Królestwie. To, co gdzieindziej zagraża lub rozpoczyna się dopiero, u nas jest już w toku, a rozpoczęło się w najgorszych warunkach, bo wtedy, gdyśmy na tę zarazę nietylko nie byli przygotowani, ale i zupełnie wobec niej bezbronni. Trzeba sobie także uprzytomnić, że zarazy weneryczne i ciężkie ich następstwa trafiają u nas na grunt podatniejszy, na ludność, której odporność wskutek bezpośrednich klęsk wojennych, poniewierki, braku mieszkań, niedostatku pożywienia, wzruszeń moralnych, przebytych epidemii ostrych chorób zakaźnych, niewątpliwie znacznie się zmniejszyła; — na ludność, wśród której w zastraszający sposób szerzyć się poczyna alkoholizm, najlepszy kiły sprzymierzeniec; — na ludność, która swym poziomem kultury, obyczajem i dzisiejszymi warunkami bytu tworzy idealną wprost glebę dla najsroższego krzewienia się endemii wenerycznych, mianowicie dla szerzenia się ich d r o g ą p o z a p ł c i o w ą. Tato głównie droga zakażenia przemienia endemie kiły w żywiołową wprost klęskę, z którą walka staje się wtedy bardzo trudną. Endemia kiły w Rosyi w r. 1884/5 szerzyła się drogą pozapłciową w gubernii włodzimierskiej w 81 % przypadków, w kurskiej w 82·1 %, w czernihowskiej w 93 %! W tem przekształceniu się charakteru epidemiologicznego kiły odgrywa rolę nietylko domniemany wzrost jadowitości zarazka, a spadek odporności ludności, ale także, i to może przeważnie, niehigieniczne warunki życia, obyczajem czy nędzą wywołane niechlujstwo, wspólne legowisko, wspólne naczynia stołowe i t. p. To wszystko jest wśród naszego ludu wiejskiego i proletaryatu miejskiego powszechne i nierychło, dopiero po dziesiątkach lat, dałoby się usunąć; stąd też i uzasadniona obawa, że kiła (a poczęści i wiewiór), skoro tylko drogą pozapłciową szerzyć się u nas pocznie, to pójdzie po kraju, jak płomień.

W tych warunkach tembardziej nie wolno nam oddawać się złudzeniu, że niebezpieczną będzie dopiero demobilizacya armii, (armii naprawdę ludowych, których uczestnicy rozprószą się wszędzie, wsiąkną z powrotem w cały lud). Zapatrywanie takie j u ż okazało się mylnem nawet w krajach, odległych od pola walk, gdzie dawno uderzono na trwogę z powodu szybkiego szerzenia się chorób wenerycznych od urlopowanych, z frontu bojowego przybyłych, z powodu mnożących się zakażeń pozapłciowych i z powodu niezwykłego przyrostu chorych wenerycznych młodocianych [1]). A jeżeli tam już to sobie ogólnie uświadomiono, to u nas powinno to było nastąpić jeszcze wcześniej; jeśli tam już stosuje się środki zaradcze, to u nas każdy miesiąc, każdy tydzień zwłoki przynosi niepowetowane straty. Mniemanie, że »mamy jeszcze czas«, jest wprost szkodliwe, a szerzenie jego — ciężkim błędem.

Mniemanie to zniknąć musi przedewszystkiem wśród

---

[1]) Sprawozdanie c. k. Krajowej Rady zdrowia za r. 1908 i 1909.

[1]) Na 1000 mężczyzn zakażało się wenerycznie w Wiedniu:

w 15. roku życia	przed wojną 1,	obecnie 8
» 16. » »	» » 3	» 9
» 17. » »	» » 11	» 26
» 18. » »	» » 27	» 68 (Finger).

nas lekarzy, jeżeli gdziekolwiek jeszcze się utrzymuje. My też musimy niezwłocznie uświadomić społeczeństwo nasze o niebezpieczeństwie, wskazując przytem zwłaszcza na to, że pozapłciowo szerzące się choroby weneryczne nawet w oczach najbardziej purytańskich moralistów nie mogą być już ani »winą«, ani hańbiącym dowodem »grzechu«, że taka endemia, to niezawinione, a straszne nieszczęście, to poprostu dopust tak dla jednostek, jak dla całego narodu. Wytężyć zaś całą wiedzę i wszystkie siły do obrony jest naszym obowiązkiem nietylko już lekarskim, ale obywatelskim.

Bo do dzisiejszego w tym względzie położenia społeczeństwa dadzą się bez cienia przesady zastosować słowa Bolesława Lutostańskiego: »Przed nami stoi upiór, zagrażający przyszłości milionow —, stoi i wyzywa do walki wszystkich ludzi, kraj miłujących«.

Sprawa zwalczania chorób płciowych.

Referat opracowany na wezwanie c. k. Namiestnictwa, wygłoszony i przyjęty na posiedzeniach c. k. Krajowej Rady zdrowia w dniu 12. i 13. maja 1916 r.

przez

Prof. Dra Włodzimierza Łukasiewicza

dyrektora kliniki dermatologicznej we Lwowie, Radcę Najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu.

Choroby płciowe w Galicyi panowały dotąd głównie w większych miastach, (zwłaszcza posiadających większe załogi), dotykając mniejsze miasteczka i wsie w mniejszej mierze. W kilku tylko powiatach, zwłaszcza na Huculszczyźnie, szerzyła się endemiczna kiła.

Zwalczanie endemii kiły w powiatach kosowskim i nadwórniańskim rozpoczęliśmy z ś. p. protomedykiem Merunowiczem w r. 1902, w bohorodczańskim i peczeniżyńskim w r. 1906 na wezwanie namiestnika hr. Pinińskiego, a później hr. Potockiego.

Wymienię tu kilka liczb, ilustrujących grozę tej endemii. I tak do roku 1909 leczyło się: w powiecie kosowskim w gminie Żabiu na 6.800 ludności przeszło 1.500 osób, w gminie Riczka na 3 203 ludności 381, w gminie Krzyworównia (na 2.374) 432, wreszcie w gminie Brustury tegoż powiatu (na 2.347) 399 wenerycznie chorych. W powiecie bohorodczańskim najbardziej dotknięte kiłą były wsie: Maniawa, gdzie na 2029 ludności leczono 454 osób czyli 22·3% ludności, i Bitków, gdzie na 1.748 leczono 343 czyli 19·5% ludności.

Z tego wynika, iż doniosłość akcyi zwalczania tej endemii była bardzo wielka. Przeważna większość chorych byłaby się inaczej wcale nie leczyła, kryjąc się z chorobą, będąc z natury wielce lękliwą i niedowierzającą. Jednakowoż eksponowani lekarze swoją fachową wiedzą, cierpliwością i taktem pozyskali z czasem zaufanie tej ludności i przekonali ją o potrzebie leczenia.

Co do stanu chorób wenerycznych w ostatniej chwili przed wojną w kraju, przedstawia się rzecz, jak następuje:

Wedle zestawień statystycznych, bardzo pilnie przeprowadzonych na polecenie inspektora Dra Lipskiego, a łaskawie mnie przez niego udzielonych, leczyło się w krajowych szpitalach w roku 1913 8.235 wenerycznie chorych. Z tego przypada największa ilość na Lwów (1.709), i Kraków (1.272). Dalej idą po sobie:

Stanisławów	762	Brzeżany	90
Kołomyja	524	Żółkiew	89
Stryj	294	Czortków	89
Przemyśl	287	Brody	83
Zaleszczyki	278	Biała	82
Tarnopol	261	Podhajce	77
Drohobycz	261	Złoczów	67
Tarnów	256	Kałusz	62
Jarosław	198	Krosno	39
Nowy Sącz	165	Gorlice	38
Śniatyn	138	Jasło	36
Rzeszów	132	Sokal	36
Turka	123	Wadowice	33
Kosów	122	Bochnia	31
Husiatyn	106	Lubaczów	30
Sambor	103	Tarnobrzeg	25
Sanok	101	Skałat	24
Dolina	99	Bóbrka	18
Żywiec	96	Przemyślany	10

Dodajmy do tego około 1.800 chorych wenerycznych, leczonych w ambulatoryum kliniki dermatologicznej we Lwowie i w Krakowie, a otrzymamy około 10.000 chorych, którzy się leczyli w krajowych zakładach.

Znikoma tylko ilość chorych wenerycznych, lecząca się w szpitalach, nie może nawet w przybliżeniu dać obrazu rozszerzenia chorób wenerycznych w powiecie. Zależy to bowiem od bardzo wielu warunków, jak od oddalenia szpitala, stopnia oświaty, dobrobytu ludności, że wymienię naprzykład powiat kosowski, gdzie na tysiące chorych wenerycznych leczyło się w szpitalu w roku 1913 tylko 122 chorych. Gdy Riehl dla Austryi niższej przyjmuje, iż nie więcej, niż dwudziesta część chorych wenerycznych leczy się w szpitalach, to jeszcze mniejsza liczba wypadnie niezawodnie w naszych stosunkach, gdzie ludność naogół unika szpitala. Przyjąwszy jednak tylko rachunek Riehla, otrzymalibyśmy dla Galicyi za rok 1913 około 200.000 chorych wenerycznych. W tem nie mieszczą się tysiące chorych, u których kiła lub wiewiór w dalszym swoim przebiegu zajmuje inne narządy. W szpitalach bowiem ci chorzy leczą się na choroby nerwów (porażenie postępujące, wiąd rdzenia), na choroby układu naczyniowego, trzew, oczu, narządów miednicy i t. p. W ten sposób urasta jeszcze całe mnóstwo chorych, którzy powinni być tu zaliczeni.

Taki był stan do czasu wojny.

Historya poucza od końca wieków średnich aż do naszych czasów, że każda wojna wpływa gwałtownie na wzmożenie się chorób płciowych, i to nietylko wśród wojska, lecz także pomiędzy ludnością cywilną, zwłaszcza zaś po ukończeniu wojny skutkiem zawleczenia przez powracających do domu chorych żołnierzy, którzy najczęściej opuścili dom rodzinny w zupełnem zdrowiu.

Już z końcem XVIII. wieku, po zajęciu Galicyi profesor uniwersytetu lwowskiego Baltazar Haquet wspomina w swojem dziele (Kurze physykalisch-politische Reisen durch die dazischen und sarmatischen oder nördlichen Karpathen, od r. 1795 1796) o chorobach wenerycznych, szerzących się straszliwie za wojskami cesarskiemi, pozostającemi w Karpatach pod komendą ks. Koburga wśród ludności wiejskiej w okolicy Turki.

Endemia kiły na Huculszczyźnie i Bukowinie datuje się od przemarszów wojsk rosyjskich na Węgry w roku 1848.

Dzisiaj operujące olbrzymie armie na rozległych przestrzeniach powiększają możliwość szerzenia się chorób wenerycznych między wojskiem, a przez to między ludnością kraju.

To niebezpieczeństwo dotyczy teraz w jeszcze wyższej mierze naszego kraju, przeważnie rolniczego, którego największa część była narażona na inwazyę rosyjską, nie oszczędzającą ani miast, ani też wsi. Wiemy zaś już od

czasu podróży Gmelina w r. 1770, ale i od późniejszych i najnowszych autorów rosyjskich (Tarnowsky), jak między ludnością wiejską w Rosyi szerzą się choroby płciowe. Wszakżeż ta właśnie ludność dostarcza największej części żołnierza. Wedle zestawień zachorowań w armii na choroby płciowe zajmuje Rosya jedno z pierwszych miejsc. Co do żołnierzy rosyjskich sam zrobiłem spostrzeżenie, pracując w galicyjskim Czerwonym Krzyżu także w czasie inwazyi rosyjskiej, iż największa część rannych, nie wyjmując oficerów, miała świeżą lub przebywała dawniej chorobę weneryczną. Szczególnie rozmnożyły się u nas w czasie inwazyi wrzody miękkie. Okoliczności te świadczą o nizkim stanie zwalczania chorób wenerycznych w Rosyi, a o zgubnym wpływie inwazyi rosyjskiej na zdrowotność Galicyi.

Nie może bez wpływu na stan chorób wenerycznych w Galicyi pozostać także przesuwanie armii naszych i sprzymierzonych, jakoteż przebywanie ich w krajach, dotkniętych endemią kiły, jak Rosya i Serbia. Wprawdzie najnowsze zdobycze higieny, stosowane z największą precyzyą w armiach państw centralnych, wydały już błogie skutki w zwalczaniu zaraz, to jednakowoż rodzaj chorób przewlekłych, w mowie będących, nie da się tak zwalczyć, jak inne, przeważnie ostre. W każdym razie austryacka armia ma kilkakroćstotysięcy chorych wenerycznie. Finger przyjmuje 400.000 – 500.000.

Od wybuchu wojny wzrost chorób wenerycznych u ludności cywilnej ilustrują następujące daty statystyczne szpitali krajowych.

W roku 1913 leczono w lwowskim szpitalu krajowym 733 kobiet wenerycznych, w roku 1914: 711, w roku zaś 1915 1.656 takichże kobiet. Liczba zatem wzrosła w ostatnim roku już niemal o 1.000. Również oddział kobiet w szpitalu św. Łazarza w Krakowie wykazuje w roku 1915 wzrost liczby chorych wenerycznie kobiet przeszło w dwójnasób. Wedle pisma Wydziału krajowego do Namiestnictwa z dnia 12 marca b. r., znajdowało się w 34 prowincyonalnych szpitalach stosownie do ostatnich sprawozdań tygodniowych na 2.935 łóżkach 750 chorych wenerycznych i skórnych, to jest zwyż 25% wszystkich leczonych.

Stosunkowo wysoką liczbę wenerycznie chorych (z nadzwyczaj wysokim procentem kiły) wykazują obecnie następujące szpitale prowincyonalne:

Brody	35	Przemyśl	77
Brzeżany	63	Sambor	23
Drohobycz	32	Stanisławów	78
Kosów	34	Stryj	31
Nowy Sącz	48	Tarnów	23
Podhajce	33		

W Kołomyi otworzyły władze wojskowe w koszarach za miastem osobny szpital dla wenerycznych kobiet wobec zajęcia szpitala powszechnego przez oddział chirurgiczny prof. Rutkowskiego.

Choroby weneryczne rozlały się już po kraju szeroką strugą, a po skończonej wojnie niepodobna powracających do domu żołnierzy poddać takiej kontroli, żeby zapobiedz dalszemu rozwleczeniu tych chorób. Wobec tego niestety jest pewnem, iż między ludnością wiejską, żyjącą nieraz w najprymitywniejszych stosunkach, teraz zaś często bezdomną, tulącą się w tymczasowych schroniskach, osłabioną innemi chorobami i niedożywianiem się — w wielu okolicach naszego kraju zaraza wzmagać się będzie. Te endemie należy zwalczać równie energicznie, jak i po miastach choroby weneryczne.

Z przytoczonych faktów wynika, jak wielkie niebezpieczeństwo grozi całej ludności nietylko miejskiej, lecz i wiejskiej naszego kraju.

Nadto wobec gwałtownego szerzenia się chorób wenerycznych przenoszenie ich nie ogranicza się już do płciowego, lecz następuje niemal równie często pozapłciowo przez zwykłe zetknięcie się chorych osób ze zdrowemi, grożąc ogólną endemią.

Zarząd wojskowy wydał dla armii cały szereg wielce celowych zarządzeń w tym kierunku, jak pouczanie ustne i pisemne, częstsze badanie żołnierzy i urlopników, obowiązek podawania źródła zakażenia, wypuszczanie z wojska chorych żołnierzy tylko po poprzedniem leczeniu. Nadto założył cały szereg szpitali dla wenerycznie chorych żołnierzy, że wymienię tylko szpital w szkole kadeckiej we Lwowie, przez który przewinęło się już wiele tysięcy żołnierzy.

Wszelkie te zarządzenia higieniczne, tak celowo i skrupulatnie przeprowadzane przez zarząd wojskowo-lekarski, nie są w stanie zapobiedz niebezpieczeństwu, które zagraża ludności cywilnej zawleczeniem chorób wenerycznych, zwłaszcza zaś między ludność wiejską, do małżeństw i całych rodzin. Jak wielki wpływ wywrze to wzmożenie ludowej zarazy wenerycznej na całą ludność, trudno w cyfrach oznaczyć, to jest jednak pewne, że wyrządzi ono ogromną ekonomiczną szkodę w majątku narodowym. Już świeżo nabyta kiła i wiewiór mogą tak u mężczyzn, jak i u kobiet, przebiegać z bardzo poważnemi powikłaniami. Cóż dopiero mówić o strasznych następstwach kiły dla układu nerwowego, naczyniowego, kostnego, jakoteż dla zmysłów, zwłaszcza wzroku i słuchu, które tworzą tyle kalek i charłaków, albo też sprowadzają śmierć, i to w wyższej o wiele mierze, niż inne epidemie, chociażby cholera lub dżuma. Dalej tak kiła, jak i wiewiór, zmniejszają ilość potomstwa i pogarszają jakość tegoż. Fizyczne zwyrodnienie, jakie daje się spostrzegać w miastach, w wielkiej części stoi w związku z zakażeniem kiłowem ludności. Strata na sile roboczej, na sprawności ludzkiej i długości życia, obok ogromnych wydatków, które pociąga za sobą leczenie ludności, obciążają budżet państwowy. Szkody materyalne nie są mniejsze, niż powodujące je nieszczęście chorych małżeństw i całych rodzin, bądźto skutkiem świeżego zarażenia, bądź też późniejszych następstw.

Z tych wywodów wynika, iż należy koniecznie zmierzać do rozwiązania problemu zapobiegania chorobom wenerycznym, zwłaszcza, iż wobec długiego trwania wojny są one z dnia na dzień groźniejsze.

Na szczęście dała nam nauka, szczególnie w ostatnich dziesiątkach lat, energiczne środki celem zwalczania tych przewlekłych i niszczących zaraz. Już bardzo wcześnie możemy rozpoznać wiewióra i kiłę. W kile wykazanie krętków i badanie krwi pozwala nam nietylko na wczesne rozpoznanie, lecz i na stwierdzenie, kiedy chory przestaje być niebezpiecznym dla otoczenia. Postępy zaś leczenia skombinowanego (salwarsan z rtęcią) pozwalają nam wielki procent kiłowych wyleczyć doszczętnie, i to nawet w pierwszym okresie leczenia, nie mniej też oddziaływać leczniczo u chorych ciężarnych także i na płód.

Przestrzegając na tem polu najnowszych zasad higieny, będziemy zapobiegać dziesiątkowaniu przez choroby weneryczne naszej ludności, co więcej przyczynimy się do wypełnienia luk, spowodowanych w ludności przez straszną wojnę.

W podobnych stosunkach powojennych państwa północne Europy ustanowiły ostre przepisy celem zwalczania chorób płciowych, zaprowadzając przymusowe badanie i leczenie. I tak Szwecya — z powodu epidemii po wojnach z końca XVIII wieku (siedmioletniej i fińskiej) wprowadziła w roku 1817 przymusowe leczenie wraz z osobnym podatkiem na ten cel. Później zrobiły to Norwegia (1860 r.) i Dania (1895 i 1906 r.).

Walka z chorobami płciowemi powinna rozwinąć podwójną czynność, a mianowicie: A) zapobiegawczą celem ochrony zdrowych przed zakażeniem, B) leczniczą celem uzdrowienia chorych, aby przestali być niebezpieczni dla otoczenia.

A. Zadaniem akcyi zapobiegawczej jest 1) uświadamianie ludności o chorobach wenerycznych, jakoteż 2) nadzór nad prostytucyą.

1) Pouczanie zdrowych, czego mają unikać, aby się

nie zarazić, a chorych, jak mają się zachować, aby nie przenieść choroby na otoczenie. Gdyby je sobie wszyscy wzięli do serca i przestrzegali, to ilość chorób płciowych najprędzej dałaby się ograniczyć do minimum. Do tego celu mają służyć wykłady w rozmaitych uczelniach, stowarzyszeniach i instytucyach miejskich, dalej broszury, artykuły i przepisy, ale tylko bardzo sumiennie i odpowiednio swemu przeznaczeniu opracowane. Tak n. p. na wezwanie młodzieży wykładałem dla całej młodzieży uniwersyteckiej o chorobach wenerycznych i zapobieganiu tym chorobom.

Zapoczątkować pouczenie młodziezy pod względem płciowym powinny dom rodzicielski i szkoła. Pierwszy musi więcej, niż dotąd, baczyć na fizyczne hartowanie i uodpornienie dziecka, dając mu na pytanie o powstawaniu życia pouczenie, stosowne dla dziecinnego umysłu, lecz prawdziwe. Szkoły obowiązkiem jest również urobienie ciała i charakteru dziecka, a nadto pouczenie w zakresie nauki szkolnej o zasadach życia płciowego roślin, zwierząt i człowieka. Takie pouczanie dorastającej młodzieży nietylko nie przyniesie szkody, lecz przygotuje do poważnego zapatrywania na życie płciowe, o ile stosuje się do rozwoju umysłowego młodzieży, o ile też uwzględnia wstydliwość i odbywa się w ramach innego przedmiotu, nie wchodząc zbytnio w szczegóły. Dopiero w wieku dojrzewania płciowego można młodzież uświadamiać o niebezpieczeństwach życia płciowego i przestrzegać przed niemi. Systematyczne pouczania tego rodzaju nie dadzą się pomyśleć bez wykształcenia nauczycieli i rodziców w tym kierunku.

Pierwszym postulatem jest więc pouczenie nauczycieli w odpowiednich kursach, kandydatów nauczycielskich w seminaryach i uniwersytetach, wreszcie rodziców na zgromadzeniach rodzicielskich, jakoteż zapomocą broszur. Bezzwłocznie należałoby rozpocząć uświadamianie dojrzałej młodzieży w wyższych klasach szkół średnich przez pedagogicznie wykształconych lekarzy lub higienicznie wykształconych nauczycieli w ramach nauki ogólnej higieny. Rzeczą Rady szkolnej krajowej jest unormować (w rozmaitych rodzajach szkoły i młodzieży) materyał naukowy co do pouczenia higieniczno-płciowego.

Zadanie to, bardzo subtelne, nie da się przeprowadzić bez udziału rodziców, szkoły i duchowieństwa, chociażby rząd i lekarze czynili w tym kierunku wszystko, co tylko w ich mocy. Zadaniem lekarzy jest pouczenie jak najdokładniejsze chorych, przez nich leczonych, o istocie, zaraźliwości i potrzebie zupełnego wyleczenia. Przy tej sposobności jestem więcej zwolennikiem żywego słowa, niż szablonu. Drukowanych przepisów największa część chorych nie czyta lub nie rozumie. U mnie w klinice przedsiębierze się grupami pouczanie chorych, do czego w czasie leczenia i kontrolowania nadarza się wiele sposobności.

2) Gdy nasze zapobiegawcze kroki przeciw szerzeniu się chorób wenerycznych muszą objąć cały kraj, należy baczną uwagę zwrócić na nadzór nad jawną i nad tajną prostytucyą po miastach. Prostytutki ulegają najczęściej zakażeniu wenerycznemu wkrótce po rozpoczęciu swego zawodu, a później ciągle na nowo. Powodem tego jest przewlekły recydywujący charakter chorób wenerycznych, jakoteż okoliczność, iż choroby te nietylko w okresie utajenia, lecz nawet i w ostrym okresie nie przeszkadzają tak chorym prostytutkom, jak z drugiej strony i chorym mężczyznom utrzymywać płciowy stosunek.

Wskutek tego żaden system, czy to bordelowy, czy reglamentacyjny, czy też wreszcie abolicyonistyczny, nie może zapobiedz, po pierwsze, aby niemal wszystkie prostytutki wcześnie nie uległy zakażeniu, powtóre, by nie wyleczone nie oddawały się swemu rzemiosłu, wreszcie po trzecie, aby nawet po zupełnem wyleczeniu nie ulegały coraz to nowemu zakażeniu. Jak z tego widać, niepodobna jest roztoczyć idealnego nadzoru nad całą prostytucyą. Dzisiejsza reglamentacya dotyka najmniej niebezpiecznej jej części. Należałoby przynajmniej najniebezpieczniejsze żywioły unieszkodliwić. Są nimi początkujące młode prostytutki, które często trudno organom nadzorującym dosięgnąć. Dla tych należałoby przedewszystkiem stworzyć dobrą sposobność leczenia szpitalnego, i to bezpłatnego.

Te okoliczności przedewszystkiem powinien mieć na względzie nadzór policyjno-lekarski w naszych większych miastach Lwowie i Krakowie, jako też w miastach z garnizonami. Jednakowoż i ludność wiejska nie może w tym kierunku w obecnych warunkach pozostać bez nadzoru powiatów. W ostatnich czasach przypominane lub wydane przepisy Namiestnictwa co do zaostrzonego badania jawnych i tajnych prostytutek, umieszczenia w ich mieszkaniu przestrogi o chorobach wenerycznych, a wreszcie regulamin prostytucyi, wypracowany przez komendę armii południowo-zachodniej, a zalecony do przestrzegania w Galicyi reskryptem min. spraw wewnętrznych z 8 stycznia 1916 r. L. 17.406/S., normują działalność władzy policyjno-lekarskiej.

Czuwanie nad prostytucyą obok nadzoru policyjno-lekarskiego otwiera wielkie pole do działania dla organów ubezpieczenia chorych, nadzoru mieszkań, opieki nad chorymi i młodzieżą, towarzystw ratunkowych i zwalczających handel dziewczętami. Te instytucye bowiem mogą uzupełniać działalność władzy, a nawet często czuwać i łagodzić zarządzenia. Pomogą one te upadłe istoty chronić przed wyzyskiem i naprowadzać na drogę normalnego życia. Nadto będą przeciwdziałać naprowadzaniu nowych osobników na drogę rozpusty.

Po odebraniu Lwowa, a mianowicie od 1 lipca do 31 grudnia 1915 r., oddano celem leczenia 207 rejestrowanych prostytutek, a 99 pozostających pod tak zwanym dyskretnym nadzorem. Wymowną jest też liczba kobiet, podejrzanych o tajny nierząd, wynosząca 1.450, którą lwowska policya sprowadziła w tymże okresie do badania lekarskiego. Przytem stwierdzono u 314 chorobę weneryczną, tak iż razem dostawiono w tem półroczu do szpitala krajowego 620. Te początkujące prostytutki są najniebezpieczniejsze, gdyż najmłodsze z nich wykazują największy odsetek chorób wenerycznych. Później, po 20. roku życia, zmniejsza się tenże odsetek gwałtownie, zwłaszcza po domach publicznych.

Na bezzwłoczne uwzględnienie zasługuje staranie, czynione przez lekarzy policyjnych u c k. Rządu, o odpowiednie urządzenie lokalu badań i sprawienie mikroskopów jakoteż przyrządów do badania, odpowiadającego dzisiejszemu stanowi nauki, jak to proponowałem w moim referacie jeszcze na ankiecie w roku 1899 we Lwowie, zwołanej na żądanie c. k. armii

Przy stwierdzeniu najdrobniejszych zmian chorobowych powinien lekarz policyjny prostytutki jawne i tajne przymusowo odstawić do szpitali i tam należy je leczyć dopóty, dopóki nie ustąpią wszelkie objawy, czyniące je niebezpiecznemi dla odwiedzających. Leczenie pozaszpitalne dla prostytutek jawnych i tajnych jest niedopuszczalne wobec poprzednio podniesionych faktów. Niemniej jednak należy oddziały szpitalne dla prostytutek pod względem umieszczenia, wiktu i traktowania urządzić wedle ogólnej normy szpitalnej, odpowiadającej dzisiejszym wymogom higieny, aby chore nie miały wrażenia przebywania w zakładach karnych. Cierpliwe przebywanie w szpitalu należy chorym umożliwić przez stworzenie odpowiednich sal zajęcia, danie im możności pracy, i to nietylko mechanicznej, lecz co ważniejsza, umysłowej. W pierwszym rzędzie powinny się znaleść takie oddziały dla kobiet w obu stolicach kraju, jakoteż w większych miastach prowincyonalnych, zwłaszcza zaś w tych, gdzie będą garnizony.

Podobnie postąpiło namiestnictwo w Wiedniu, które urządziło w Meidlingu szpital dla prostytutek na 540 łóżek, będący w łączności ze szpitalem Franciszka Józefa, a pod kierownictwem prof. Fingera.

B) Najistotniejszą zapobiegawczą regułą jest dokładne

leczenie chorób wenerycznych, gdyż usuwa z jednej strony zaraźliwe objawy chorobowe, z drugiej zaś skraca trwanie choroby. Nadto uświadamia ono chorego o znaczeniu choroby i środkach, zapobiegających jej przenoszeniu. Lekarze mają do walczenia na tem polu z wielu trudnościami. Chorzy płciowi uczuwają najczęściej tylko nieznaczne dolegliwości i nie przywiązują do nich wagi. Dlatego nie spodziewają się wcale, że te poważne i przewlekłe schorzenia wymagają energicznego, długiego, a częstokroć przykrego leczenia.

Wielu chorych nie chce się temu poddać. W ich pojęciu bowiem leczenie, jak je dzisiaj nauka przepisuje, jest za uciążliwe w stosunku do małych dolegliwości, które uczuwają. Te dolegliwości nie przeszkadzają najczęściej w wykonywaniu zawodowych zajęć i utrzymywaniu stosunków płciowych.

Dalszą trudność w stosowaniu leczenia sprawia zła opinia, jakiej używają płciowi chorzy; dlatego kryją się oni z chorobą.

Leczenie rozpada się na: 1) szpitalne, 2) ambulatoryjne.

1) Leczenie szpitalne byłoby ideałem, o ileby chorzy pozostawali internowani aż do zupełnego wyleczenia. W tym celu **każdy szpital** powinien mieć obowiązek i możność przyjmowania płciowych chorych i umieszczania ich zarówno, jak wszelkich innych. Idealny postulat, by **każdy** chory weneryczny leczył się w szpitalu, nie da się oczywiście przeprowadzić wobec długiego trwania chorób wenerycznych i zbyt wielkiej ich liczby już w czasach normalnych, a cóż dopiero wobec opisanych okoliczności. Jednakże poprawa stosunków jest tu możliwa i konieczna.

Ilość szpitali w kraju nie odpowiadała przed wojną ani w przybliżeniu potrzebie, a cóż mówić wobec gwałtownego wzmożenia się chorób wogóle, a wenerycznych w szczególności. Oddziały szpitalne dla chorób płciowych posiadają u nas przeważnie tylko większe miasta. Prowincyonalne szpitale nie posiadają najczęściej takich oddziałów, kierownictwo zaś szpitali leży w ręku chirurgów lub internistów, którzy tylko z konieczności muszą się zajmować chorobami wenerycznemi. Odtąd powinno się żądać od lekarzy szpitalnych, miejskich, powiatowych i okręgowych dokładniejszego obeznania się z chorobami wenerycznemi.

W przytoczonych stosunkach byłoby najkorzystniejszem, ażeby chorzy kiłowi wogóle, a przynajmniej w pierwszych okresach osutkowych (zwłaszcza z formą sączącą, najwięcej zaraźliwą), poddawali się leczeniu szpitalnemu, pozatem zaś ambulatoryjnemu (kilaki mniej zaraźliwe). Dotyczy to zwłaszcza chorych, którzy grożą zakażeniem otoczeniu, czy to przez wspólne mieszkanie w niebezpiecznych pod tym względem masowych kwaterach, czy to przez pracę wśród wielu towarzyszy (w fabrykach), czy też wreszcie przez młodość, lekkomyślność, niedbalstwo i oddawanie się prostytucyi.

Galicyjska ludność ma uprzedzenie do leczenia szpitalnego i zglasza się skutkiem tego bardzo późno do szpitala, pragnąc potem wydostać się z niego jak najprędzej. Wobec niemożności ukrywania swojej choroby przy pomieszczeniu kilkudziesięciu chorych w jednej sali, niewystarczającego pożywienia szpitalnego dla względnie dobrze się czujących i silnych osób, chcących jak najprędzej wydostać się do swych zajęć, wyłaniają się dla lekarza wielkie trudności zatrzymania w szpitalu chorych nawet z namacalnymi objawami zakaźnymi. Lekarz więc musi swoim taktem i powagą przeprowadzić, aby chorych przed zupełnem ustąpieniem zakaźnych objawów nie wypuszczać ze szpitala, gdyż na przepisie prawnym w tym względzie nie może się w naszej monarchii oprzeć.

Względnie krótkie leczenie szpitalne pociąga za sobą to, że niedostatecznie leczony i niewyleczony chory wkrótce po opuszczeniu szpitala ulega nawrotowi choroby. Większość zaś tych chorych po uzyskaniu wolności nie ma zamiaru dalej się leczyć, chociaż ma to zalecone. Rozumie się, iż tacy chorzy rozszerzają chorobę. Wprawdzie nie istnieją w Austryi przepisy, któreby podobnie, jak w Szwecyi, Norwegii lub Danii, mogły chorego zmusić do pozostania w szpitalu, jak długo lekarz uzna to za stosowne, to jednak co do prostytutek wyrobiło się niejako prawo zwyczajowe przetrzymywania ich w szpitalu wedle potrzeby wobec zależności tych osób od kontroli policyjnej. Nadto istnieje rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych z 20 października 1879, zarządzające ograniczone przymusowe leczenie dla ubogich albo lekkomyślnych i niedbałych chorych.

Także ściąganie kosztów szpitalnych za chorych, niemogących płacić, od gminy ich przynależności stawia tych chorych pod pręgierz opinii ich rodzin, gmin i odstręcza od leczenia szpitalnego. Dlatego powinno państwo płacić koszta leczenia tych płciowych chorych, którzy nie mogą sami ich ponieść, a nie należą do kas chorych. Wszakżeż główną podstawę w zwalczaniu chorób wogóle stanowi umożliwienie leczenia bezpłatnego, zwłaszcza szpitalnego, chorym niezamożnym obok ubezpieczenia robotników w kasach chorych.

Wobec tego, iż, jak przytoczyłem, leczenie szpitalne jest dla chorych wenerycznie najkorzystniejsze, musi się rozszerzyć lub otworzyć nowe oddziały weneryczne pod kierunkiem zawodowo wykształconych lekarzy cywilnych lub wojskowych w większych miastach. Jeszcze w roku 1899 podniosłem w moim referacie, przedstawionym na wezwanie namiestnika hr. Pinińskiego na wyżej wspomnianej ankiecie, konieczność pomnożenia liczby łóżek względnie utworzenia nowych oddziałów dla chorych wenerycznie w krajowych szpitalach, a to przynajmniej we Lwowie, Krakowie i Przemyślu, gdyż istniejące podówczas już nie wystarczały. Ten mój wniosek, jak liczne usiłowania w tym kierunku, pozostały bez skutku. Groza teraźniejszego położenia nakazuje nie oszczędzać koniecznie potrzebnych, chociaż znacznych kosztów celem przygotowania szpitali krajowych do walki z chorobami wenerycznemi.

Jakie stosunki w tym względzie teraz istnieją, niechaj posłużą przykłady największych oddziałów w Krakowie i Lwowie.

W Krakowie z chwilą wybuchu wojny wzrosła znacznie ilość wenerycznie chorych kobiet. Przyczyniły się do tego nietylko wzrost jawnej prostytucyi, lecz także pilne obławy policyjne, dostarczające materyału, rekrutującego się przeważnie ze służących i robotnic. Ilość łóżek już wtedy nie wystarczała. Tem więcej dało się to odczuć w roku 1915, wiodąc do opłakanych stosunków; na 60 łóżkach musi się mieścić liczba kobiet dwukrotnie większa, tak iż po 4—5 kobiet przypada na dwa łóżka. Nie ulega więc wątpliwości konieczność powiększenia tego oddziału przynajmniej do 200 łóżek. Mogłoby to nastąpić przez odstąpienie przez władze wojskowe jednego z licznych szpitali fortecznych.

Już w czasach pokojowych dawał się uczuwać także w lwowskim szpitalu krajowym wielki brak łóżek dla chorych płciowych. Oddział bowiem męski skórno-weneryczny liczył 130 łóżek, takiż żeński 89 łóżek, czyli razem 219 łóżek. Ta liczba łóżek jest dla 200.000 miasta nieproporcyonalnie mała, jeżeli się uwzględni, iż nietylko weneryczni, ale także ciężko chorzy skórni musieli być do szpitala przyjmowani. Obecnie zajmują wszystkie te łóżka z dodaniem jeszcze 51, razem 250, kobiety płciowo chore. Dla mężczyzn niema więcej miejsca. A przecież cywilni mężczyźni taksamo ulegają zakażeniu i taksamo jest najlepiej, jeżeli poddają się leczeniu szpitalnemu, gdyż to przedstawia najlepszą rękojmę wyleczenia. Wymowne są pod tym względem liczby:

W roku 1915 leczono w szpitalu powszechnym 735 kobiet wenerycznych, a dni leczenia było w tym roku 20.342, średnio więc czas leczenia wydosił 27.7 dni.

Natomiast w roku 1915 było leczonych 1.656 ko-

biet, dni leczenia było 51.629, średnio zaś trwało leczenie 31.1 dni.

Ta ilość kobiet wenerycznych mieści w sobie także chore, dostawiane często z prowincyi tak za czasów inwazyi rosyjskiej, jakoteż przez władze wojskowe austryackie z kraju, a nawet z Królestwa. Niemal w dwójnasób wzrosłą liczbę kobiet wenerycznych leczono na liczbie łóżek, już przedtem niewystarczającej. Niedostatek łóżek szpitalnych we Lwowie i w Krakowie utrudniał leczenie chorób wenerycznych w czasie pokoju, zwłaszcza, iż o rozszerzeniu oddziałów skórno-wenerycznych w samymże obrębie szpitala lwowskiego i krakowskiego mowy być nie może dla zupełnego braku miejsca. Inne oddziały już dzisiaj są również przepełnione i ściśnięte wbrew wszelkim zasadom higieny, ze względu na przepełnienie oddziałów skórno-wenerycznych Np. w sierpniu 1915 r. wynosiła dzienna ilość chorych średnio 230 - 250 w porównaniu do dawniejszej 60—70. Koniecznością zaś jest powiększenie odpowiednie ilości łóżek dla płciowo chorych w szpitalu krajowym we Lwowie, jeżeli nietylko prostytutki jawne i tajne, lecz i kobiety podmiejskie, a częstokroć mężatki, niewinne dziewczęta i dzieci, w równej mierze zaś i mężczyźni z chorobami płciowemi korzystać mają z odpowiedniego leczenia szpitalnego. Ten piekący już dzisiaj niedostatek łóżek grozi wprost katastrofą po wojnie, skoro powróci tylu mężczyzn, na razie leczonych w wojskowych szpitalach, a potrzebujących jeszcze dalszego leczenia.

Dalej sale szpitalne już teraz są tak przepełnione, że nietylko odstraszają chorych, lecz nadto niepodobna uchronić od rtęcicy leczone rtęcią przypadki kiły. Nietylko bowiem ilość sal jest niewystarczająca, lecz nadto łóżka są tak gęsto obok siebie ustawione, iż na jedno łóżko wypada $2^1/_2$ metra kwadratowego do 3.6 metrów kwadratowych zamiast najmniejszej przestrzeni 8 metrów wedle zasad higieny. Naturalnie w takich warunkach nie można rozsegregować rozmaitych chorych wenerycznych lub oddzielić ich od chorych skórnych, a prostytutek osobno od innych pomieścić niepodobna. Tego rodzaju stosunki urągają nietylko zasadom zwalczania chorób wenerycznych, lecz nawet etyczno-ludzkim.

Lwów powinien nietylko jako stolica kraju, lecz także wobec gwałtownej i naglącej potrzeby wielkiego miasta i okolicy posiąść bezzwłocznie wzorowo urządzone instytucye szpitalne celem zwalczania chorób wenerycznych. Wobec reskryptu ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 7. XI. 1915, 15.357 i 15.180/S, podnoszącego niemożność budowania nowych zakładów, a nagłości sprawy, nadawałyby się do tego celu najlepiej wojskowe baraki przy ulicy Pijarów, przytykające do kliniki chirurgicznej. I gdyby władze wojskowe, uwzględniając potrzebę zwalczania chorób wenerycznych, także w interesie armii zechciały oddać te jedyne we Lwowie do tego celu odpowiednie budynki, w takim razie kwestya szpitalna we Lwowie byłaby rozwiązana. Możnaby wedle potrzeby otwierać w barakach pawilony po 100 łóżek, powiększając ich liczbę w razie potrzeby aż do 400, a nawet do 450. W jednym baraku znajduje się obecnie znakomicie przez starszego lekarza sztabowego Dr. Krausza urządzony oddział przyjęć Czerwonego Krzyża. Zawiera on szatnię, odwszawiarnię, łaźnię, izbę przyjęć, salę oględzin lekarskich, nadto obszerne, jasne, dobrze ogrzane sale, w którychby można umieścić kilkadziesiąt łóżek, o ileby galicyjski Czerwony Krzyż, popierając akcyę, zgodził się później na oddanie tego budynku. W każdym razie łatwość adaptacyi, nie pociągająca za sobą wygórowanych kosztów, każe przedstawić te baraki jako odpowiednie do rozszerzenia oddziałów szpitalnych weneryczno-skórnych. Nieodzowne oddzielenie prostytutek od innych chorych, jakoteż stworzenie warsztatów pracy, zwłaszcza dla prostytutek, można w tych barakach przeprowadzić.

Jako wielkie utrudnienie w zwalczaniu chorób płciowych w mieście Lwowie należy podnieść niefunkcyonowanie stałej kliniki dermatologicznej uniwersytetu. Z rozpoczęciem wojny stosownie do uchwały Wydziału lekarskiego zgłosił ówczesny rektor uniwersytetu wszystkie kliniki jako oddziały galicyjskiego Czerwonego Krzyża. Od sierpnia 1914 r. w klinice skórno-wenerycznej prowadzi profesor tegoż przedmiotu wraz z asystentką Dr. Pogonowską oddział Czerwonego Krzyża dla chorych skórnych o 75 łóżkach. Do niedawna ranni oparzeni i odmrożeni przeważali na tym oddziale Tem samem odpadły te łóżka dla wenerycznych.

Z wielkiemi trudnościami wobec zajęcia kliniki przez wojsko, udało mi się tamże z podjęciem wykładów uniwersyteckich na rok 1915/1916 otworzyć ambulatoryum kliniczne. Obok tego, iż służy ono celom dydaktycznym, było ono do niedawna jedynym posterunkiem ambulatoryjnym, gdzie odbywało się leczenie chorób wenerycznych w mieście Lwowie. Wobec niemożności przyjmowania chorych, nadających się do stałej kliniki, chroma działalność kliniki i nie może być tak wydatna w kierunku leczniczym dla miasta, jak wtedy, gdyby klinika rozporządzała pewną znaczniejszą liczbą łóżek. Nie ulega wątpliwości, iż leczenie kliniczne daje gwarancyę najszybszego leczenia. Im prędzej zaś chory płciowo wyleczy się po doszczętnem ustąpieniu objawów zakaźnych, tem mniejsze jest prawdopodobieństwo dalszego szerzenia przezeń zarazy.

Przy uwzględnieniu znaczenia kliniki dermatologicznej dla zwalczania chorób wenerycznych przez zawodowe kształcenie lekarzy i leczenie chorych, jest we Lwowie dana możliwość puszczenia w ruch nowej kliniki dermatologicznej, o ileby c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych uczyniło wkład około 60.000 koron. Budowa nowej kliniki dermatologicznej na 60 łóżek (może pomieścić i podwójną ich liczbę) została ukończona tuż przed wojną kosztem 550.000 koron. W czasie inwazyi zajęli ją Rosyanie i umieścili tam dur plamisty i inne choroby zakaźne. Przytem zniszczyli radyatory i spalili kotłownię. Wedle obliczenia techników rekonstrukcye tych szkód wyniosą około 60.000 koron. Jest to wkład bardzo nieznaczny w porównaniu do kosztów przeszło pół miliona koron, które kraj i państwo włożyły w budowę, jakoteż w porównaniu do pożytku, wynikającego dla walki z chorobami wenerycznemi z otwarcia kliniki. Na razie po rekonstrukcyi przy dostarczeniu zwykłego urządzenia wewnętrznego, może przy pomocy popierających zwalczanie chorób płciowych władz wojskowych, rozpoczęłaby klinika energiczną działalność na tem polu, mogłaby nieść pomoc wielkim rzeszom ludności miejskiej i przybywającej ze wszystkich stron kraju do stolicy celem leczenia się na choroby weneryczne.

W Krakowie wobec braku własnego budynku kliniki, co się na razie nie da usunąć, oraz ciasnoty i złego pomieszczenia oddziału wenerycznego w szpitalu krajowym, należałoby przez pozyskanie od władz wojsk. odpowiednich objektów szpitalnych, przez wynajęcie i urządzenie prywatnego domu, czy może budowę baraku, rozszerzyć i klinikę i oddział szpitalny.

Stworzenie schroniska, o którem przytoczony reskrypt wspomina, jest postulatem wiedeńskiego Towarzystwa dermatologicznego z r. 1893, z przed wojny. Może on być i teraz wzięty pod rozwagę, lecz piekącej kwestyi leczenia całych chorych mas ludności nie posuwa tak naprzód, jak przedstawione projekty. Schroniska miałyby niezawodnie racyę bytu i mogłyby powstać jako instytucye humanitarne. Wiedeński projekt prof. Fingera także nie przyszedł na razie do skutku dla braku odpowiedniego budynku. Chodzi tu o prostytutki, które wobec braku objawów nie nadają się do leczenia szpitalnego, lecz mimo to czasowo są dla otoczenia niebezpieczne ze względów higienicznych. Do takich zakładów nadają się prostytutki zakażone kiłą aż do ustąpienia zaraźliwego okresu choroby, dalej prostytutki z wewnętrznym ciężkim wiewiórem, wreszcie prostytutki ciężarne. Dla takich chorych powinno się utworzyć schronisko z nadzorem lekarskim i ewentualnem zajęciem ich pracą przymusową, lecz płatną. Jasną jest

rzeczą, iż wobec nawału chorych szpital takich kobiet po usunięciu objawów choroby trzymać nie może, natomiast nadają się one do domów pracy, jeżeli się je utworzy podobnie jak w Anglii z umoralniającą tendencyą. Możnaby je nawet połączyć ze szpitalami i w ten sposób usunąć na razie jeszcze niepewne dla zdrowia publicznego, nadto podnieść wielką ich część moralnie i ułatwić im powrót do uczciwego życia. Prawdopodobieństwo umoralnienia istnieje niezawodnie, gdyż wiemy z doświadczenia, że właśnie najmłodsze, i to przeważnie początkujące (tajne) prostytutki zapadają na choroby weneryczne, w szczególności na kiłę (największa część już między 17. a 20. rokiem życia). Główny więc zastęp dostarczyłyby schronisku młode, jeszcze częstokroć niezupełnie zwyrodniałe kobiety. Praca nad niemi byłaby z pewnością uwieńczona dodatnim wynikiem.

Natomiast należy bezzwłocznie rozszerzyć lub otworzyć wzorowe oddziały weneryczne pod kierunkiem wykształconych fachowo lekarzy cywilnych lub wojskowych i w innych miastach, jak Stanisławów, Kołomyja, Stryj, Przemyśl, Zaleszczyki, Tarnopol, Drohobycz, Tarnów, Jarosław, Nowy Sącz, Śniatyn, Kosów, Husiatyn, Sambor, Sanok, Dolina, Żywiec, Brzeżany, Żółkiew, Brody, Biała, Podhajce, Złoczów, Kałusz. Miasta te bowiem wykazywały, jak przytoczyłem, już przed wojną taką frekwencyę chorych wenerycznych, iż należały się im już wtedy oddziały, a cóż dopiero po wojnie.

W tym względzie zasługuje na uwagę okoliczność, iż wojna stworzyła wiele wzorowych urządzeń, które zatrzymają swoją wartość i w czasach pokojowych. Wszakżeż powstały całe znakomicie wyposażone szpitale barakowe, które po wojnie mogą oddać cywilnej ludności znakomite usługi, jeżeli niepotrzebne na miejscu swego powstania, to przeniesione w miejsca najbliższe, dotknięte chorobami wenerycznemi. Nadto niektóre budynki państwowe i prywatne, adaptowane częstokroć z wielkim sumptem jako szpitale lub domy dla ozdrowieńców w czasie wojny, można będzie niezawodnie po wojnie użyć dla chorych wenerycznych. Ułatwi to zwalczanie chorób wenerycznych, a zapobiegnie marnowaniu wielu urządzeń wojennych, które sumy pochłonęły. Przy utrzymywaniu ewidencyi miejscowości, w których szerzą się choroby weneryczne, możnaby do nich skierować wiele z wyżej wspomnianych kosztownych urządzeń i w ten sposób wyposażyć doskonale mniejsze szpitale, i to względnie niewielkimi środkami. Wiele z istniejących zakładów, nie odpowiadających dzisiaj wymogom higieny, możnaby tem, co pozostanie z czasów wojny, znakomicie wyposażyć. Nieodzownem zaś do tego jest zawczasu zbadać okolice, dotknięte chorobami wenerycznemi, określić potrzeby, jakoteż wiedzieć dokładnie, ile i jakich urządzeń wojennych będzie do rozporządzenia.

Prócz tego, gdzie niema szpitali i gdzie z takich, czy innych względów nie można ich utworzyć, powinny być tworzone w razie endemii przynajmniej dyspensatorya.

Czynność szpitalnego zwalczania utrudnia wielce brak lekarzy; mogłaby ona dojść do skutku jedynie w razie, gdyby władze wojskowe zwolniły ze służby wojskowej, względnie przydzieliły w charakterze wojskowym odpowiednio wykształconych lekarzy do służby przy oddziałach wenerycznych. Celem zaś przygotowania odpowiedniej liczby sił lekarskich, powinniby być lekarze wysyłani na koszt rządowy do klinik na kursa bodaj dwutygodniowe, zaznajamiające praktycznie z najnowszemi metodami leczniczemi.

Do tych nowych lub powiększonych oddziałów należałoby początkowo kierować płciowo chorych. Lecz nie ulega wątpliwości, iż te szpitale nie zdołają scentralizować całej zarazy. Wskutek tego nieodzownem będzie otwieranie wedle potrzeby mniejszych szpitali po powiatach, najbardziej dotkniętych endemią. Rzeczą lekarzy powiatowych i okręgowych będzie stwierdzić to w pierwszym rzędzie. Na żądanie powiatów należałoby wysyłać komisye z rutynowanymi znawcami, którymby ułatwiono badanie wielkiej liczby ludności danych powiatów. W razie stwierdzenia endemii w danym powiecie powinno państwo eksponować lekarzy celem leczenia, a w razie potrzeby polecić otwarcie szpitala przynajmniej barakowego, wyposażając go w przyrządy i środki lecznicze. Podobną akcyę przedsięwzięto swego czasu na Huculszczyźnie, gdzie badałem tysiące ludzi, po poprzedniem przygotowaniu ich jednak przez władze, a zwłaszcza przez lekarzy, eksponowanych do zwalczania endemii. Inaczej nie osiągnie się należytego wyniku z wysyłania komisyi. Musi się bowiem zawsze mieć na oku trudności, na jakie się napotyka u ludności wiejskiej przy masowem jej badaniu w kierunku chorób wenerycznych.

Dalej w zwalczaniu chorób płciowych mogą odegrać wielką rolę kasy chorych, wobec obowiązku bezpłatnego leczenia przez własnych lekarzy, dostarczania leków, ponoszenia kosztów szpitalnych i wypłaty pieniężnej każdemu niezdolnemu do zarobkowania choremu członkowi kasy. Otóż choroby płciowe nie powinny być przez kasy uważane za zawinione przez chorego i odrębnie od innych traktowane. Przeciwnie państwo i kraj mają prawo wymagać od kas chorych, aby te jak najtroskliwiej teraz zaopiekowały się chorymi płciowymi i uważając ich za niezdolnych do zarobkowania, wypłacały im zasiłki, a zwłaszcza, iż, jak nadmieniono, zakażenie pozapłciowe wzmogło się tak bardzo. Kasa chorych miasta Lwowa postępuje w ten sposób. Według okólnika ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 7 listopada 1915 L. 15.180/S powinny kasy chorych zająć się swoimi członkami, wracającymi z wojska, o ile władza wojskowa o przebytej chorobie kasę zawiadomi. Świeżych chorych wojskowość zatrzyma w leczeniu.

Świadome celu leczenie chorób płciowych jest najważniejszą częścią zapobiegania tym chorobom. W tym kierunku powinno państwo i społeczeństwo wytężyć swoje usiłowania. Może to nastąpić nietylko przez wspomniane stworzenie, względnie pomnożenie urządzeń, ułatwiających leczenie, zwłaszcza szpitali, lecz nadto przez ponoszenie kosztów za niemogących się inaczej leczyć (we Włoszech stworzył to Crispi 1888).

Badanie i leczenie przymusowe nie da się w naszych warunkach przeprowadzić nawet po wojnie tak, jak to zaprowadziły kraje północne.

Zarządzenia przymusowe tego rodzaju odnoszą skutek jedynie wtedy, jeżeli wielkie masy ludności współdziałają, przekonane o potrzebie tych zarządzeń, jakoteż, jeżeli istnieje możność ujęcia przynajmniej wielkiej części szkodników. U nas jest to wykluczone. Nawet w Danii i Norwegii dotyczy ogólny obowiązek donoszenia jedynie chorych, leczonych publicznym kosztem w szpitalach, nie zaś prywatnej klienteli. Wobec przesądów, rozpowszechnionych w naszem społeczeństwie, spowodowałby przymus donoszenia jeszcze większe tajenie chorób płciowych i zaniedbywanie leczenia (a temsamem rozszerzanie). Do wydatnego zwalczania chorób płciowych przez lekarzy najwięcej dopomaga im obowiązek tajemnicy lekarskiej. Zgłaszając się do lekarza, płciowo chorzy szczególnie są w prawie żądać odeń zachowania tajemnicy, wobec tego, iż z chorobą powierzają lekarzowi swoje najtajniejsze stosunki. Właśnie szerzenie się tych chorób przed wojną więcej drogą płciową wyrobiło wstydliwość, która nie ustąpi wobec grożącego teraz zarażania się pozapłciowego. Zaprowadzenie powszechnego przymusu zachwiałoby zaufanie publiczności do lekarza, a natomiast wydałoby chorych w ręce partaczy lub skierowałoby ich na drogę szukania porady, ogłaszanej »drogą listowną« nawet z ewentualnem dostarczaniem leków. Oba te zła powinno państwo usunąć, gdyż one przyczyniają się właśnie do szerzenia zarazy. Partacze nie leczą, ale częstokroć szkodzą, a ich klienci żenią się, choć są jeszcze chorzy. Nierzadko partacze wmawiają chorobę w zdrowych. Uciekają się nawet do wymuszeń, wiedząc o tem, iż płciowo chory skłonnym jest ponieść wielkie ofiary, byle się

tylko nikt o jego chorobie nie dowiedział. U nas zdarzały się na szczęście rzadziej takie przypadki, niż n. p. w Wiedniu. Powinny też odtąd zniknąć obok partaczy lekarskich i ich ogłoszeń także wszelkie ogłoszenia dziennikarskie leków na choroby płciowe, jeżeli zwalczanie ich ma być racyonalnem.

Rozszerzenie na choroby weneryczne obowiązku donoszenia Władzy zdrowia, podobnie jak przy ostrych zakaźnych chorobach o ostrych zakaźnych objawach, byłoby niemożliwem i bezcelowem wobec przewlekłego przebiegu choroby i możności zarobkowania chorego. Wreszcie największa część chorych nie zechce lub nie potrafi podać źródła zakażenia, o którego wykrycie głównie przy doniesieniu chodzi. (Czasami mogłyby się dziać nadużycia w przeciwnym kierunku przez obwinianie zupełnie niewinnych osób). Przy dłuższem wylęganiu się wiewióra, a tem więcej kiły, źródło zakażenia nie da się z pewnością podać, o co głównie chodzi przy doniesieniu. Biegły dermatolog ma sposobność rektyfikować na podstawie objawów klinicznych u największej części płciowo chorych nieprawdziwe określenia trwania choroby. Nawroty wiewióra i kiły n. p. podają chorzy jako świeże krótkotrwałe zakażenie.

Zapobiegawcze donoszenie o chorobach płciowych ograniczyłoby się z natury rzeczy głównie do takich osób, które albo z braku środków materyalnych albo z niesumienności i lekkomyślności nie leczą się, dalej do chorych mamek i dzieci z dziedziczną lub świeżo nabytą kiłą, do kandydatów do małżeństwa, którzy nie stosują się do przepisów lekarskich i zagrażają niemal z pewnością tem, iż inne osoby zakażą. Lecz nawet w takich razach nie przysłuża lekarzowi właściwe prawo donoszenia i łamania tajemnicy lekarskiej, nawet skoro go zawiodą wszelkie jego usiłowania zapobiegawcze, by osoby takie unieszkodliwić dla otoczenia. Musiałby istnieć odpowiedni przepis p r a w n y, któryby pozwolił lekarzowi donosić władzy zdrowia o wspomnianych przypadkach, zagrażających zdrowotności publicznej. Jednem słowem ustawa powinna być tak zmieniona, aby lekarz miał prawo bez narażania się na proces donieść powierzoną sobie przez chorego tajemnicę władzy zdrowia, w razie gdy grozi niebezpieczeństwo zdrowiu innych, któremu lekarz sam nie może zapobiedz. Także co do chorych zgłaszających się do leczenia szpitalnego, co do których istnieje podejrzenie, iż po samowolnem opuszczeniu zakładu, dalej leczyć się nie będą, powinno w razie wielkiego niebezpieczeństwa z ich strony dla otoczenia przysłużać lekarzowi szpitalnemu prawo donoszenia do władzy zdrowia.

Streszczając wszystko, stwierdzam:

I. Sprawa zwalczania chorób wenerycznych, z dawien dawna chromająca w Galicyi, obecnie w czasach wojny przybrała już zastraszające rozmiary, grożące nietylko społeczeństwu galicyjskiemu, ale także c. k. armii, a przez nią całej monarchii. Wobec tego jest to rzecz niepomiernej doniosłości, która musi wymagać bardzo znacznych materyalnych ofiar, a zdobycie ich może jedynie umożliwić akcyę.

II. Co się tyczy środków zaradczych, to należałoby je rozdzielić na: A) zasadnicze, ustawodawczej natury, któreby się może w drodze administracyjnych i wojskowych rozporządzeń lub na podstawie § 14. uzyskać dały; B) środki, które w obecnej groźnej chwili bezzwłocznie powinny być wprowadzone.

A) Środki zasadnicze:

I. Wejście w życie § 304 z nowego, w roku 1912 wniesionego projektu austryackiego prawa karnego pod tytułem »Uszkodzenie przez chorobę płciową«, postanawiającego: »1) Chory płciowo, który wykonywa spółkowanie połączone z niebezpieczeństwem zarażenia; 2) każdy, kto dopomaga do spółkowania z płciowo chorym, połączonego z niebezpieczeństwem zarażenia; 3) mamka chora na kiłę, która wchodzi do służby przy zdrowem dziecku i ten, kto do dziecka chorego na kiłę bierze zdrową mamkę, — podlegają karze więzienia od 4 tygodni do 3 lat. — Kto z małżonków drugą stronę zarazi wenerycznie, będzie ukarany tylko po wniesieniu oskarżenia prywatnego«.

II. Rada szkolna krajowa unormuje w rozmaitych rodzajach szkół pouczanie dorastającej młodzieży o powadze i znaczeniu życia płciowego i chorób płciowych, jakoteż o osobistem uchronieniu się od nich przez pedagogicznie wykształconych lekarzy lub higienicznie wykształconych nauczycieli w ramach nauki ogólnej higieny.

III. Pouczenie chorych wenerycznych zapomocą urzędownie wydanych, a lekarzom rozdzielanych przepisów (Merkblätter).

IV. Pouczenie ludności przez zaprowadzenie popularnych wykładów o chorobach wenerycznych. Wciągnięcie do tego celu lekarzy praktykujących na prowincyi, duchowieństwa wiejskiego, nauczycieli szkół ludowych i akuszerek.

V. Wydanie przepisów, wymagających, aby lekarze szpitalni, jakoteż powiatowi i okręgowi, obznajomili się dokładnie z chorobami wenerycznemi.

VI. Obowiązkowe pouczanie położnych o chorobach płciowych.

VII. Wydanie przepisów dla pośrednictwa mamek, a mianowicie co do przymusowego badania ich, oraz dzieci, które mają karmić.

VIII. Zarządzenie ściślejszej kontroli nad oczami noworodków.

IX. Polecenie kasom chorych, ażeby uważały płciowo chorych za niezdolnych do zarobkowania i wypłacały im zasiłki zupełnie tak, jak innym chorym, w ogóle, aby traktowały wenerycznych chorych na równi z innymi.

X. Reforma koszarowych mieszkań po miastach, aby przestały być ogniskami, roznoszącemi choroby weneryczne.

XI. Zaprowadzenie ograniczonego przymusu leczenia dla tych chorych, którzy nie dają gwarancyi swem stanowiskiem i inteligencyą, iż sami się leczeniu poddadzą, z ponoszeniem kosztów leczenia przez państwo za biednych chorych.

XII. Zakaz leczenia przez partaczy i listownie, jakoteż dostarczania leków i wszelkich specyfików bez przepisu lekarzy.

XIV. Umożliwienie lekarzom w danych przypadkach donoszenia do władzy zdrowia o grożącem niebezpieczeństwie.

XV. Rozszerzenie tajemnicy lekarskiej na wszystkie instytucye, mające do czynienia z chorymi wenerycznie, n. p. powiaty, gminy.

XVI. Powiększenie sił lekarskich w szpitalach i na powiatach.

XVII. Ustanowienie specyalnych posad lekarzy chorób wenerycznych, eksponowanych po powiatach.

B.) Środki, które w obecnej groźnej chwili bezzwłocznie powinny być wprowadzone, są następujące:

1) Natychmiastowe otwarcie przy lwowskim szpitalu dla wenerycznych przynajmniej 450 łóżek z powiększeniem liczby lekarzy. Do tego nadają się baraki wojskowe, tuż przy szpitalu położone.

2) Bezzwłoczne otwarcie nowej kliniki lwowskiej chorób skórnych i wenerycznych w wybudowanym na ten cel gmachu przez usunięcie szkód, wywołanych wojną, w wysokości około 60.000 koron, jakoteż dostarczenie łóżek i urządzenia, ewentualnie wojskowych, i sił lekarskich (asystentów służących w wojsku).

Rozszerzenie kliniki krakowskiej przez donajęcie budynku prywatnego czy też budowę baraku, lub uzyskanie od wojskowości na ten cel odpowiedniego objektu.

3) Natychmiastowe powiększenie oddziału weneryczno-skórnego w Krakowie o 120 łóżek (o ile możności w objekcie, na ten cel przez wojskowość ustąpić się mającym).

4) Otwieranie i rozszerzanie oddziałów dla chorych wenerycznych w całym kraju, jak to wyłuszczono powyżej, po większych miastach i na prowincyi (Stanisławów, Koło-

myja, Stryj, Przemyśl, Zaleszczyki, Tarnopol, Drohobycz, Tarnów, Jarosław. Nowy Sącz, Śniatyn. Kosów, Husiatyn, Sambor, Sanok, Dolina, Żywiec, Brzeżany, Żółkiew, Brody, Biała, Podhajce, Złoczów, Kałusz).

Tworzenie w różnych miejscowościach, silniej zagrożonych, (w razie braku czy niemożności utworzenia szpitali), przynajmniej dyspensatoryów.

5) Otwarcie ambulatoryów miejskich do leczenia chorób wenerycznych w miastach Lwowie i Krakowie, a także po powiatach.

6) Przydzielanie lekarzy wojskowych do szpitali, przeciążonych chorobami wenerycznemi.

7) Delegowanie na koszt rządowy lekarzy do klinik na kursa bodaj dwutygodniowe celem zaznajomienia się praktycznego z najnowszemi metodami leczenia chorób wenerycznych.

8) Niezbędne dokładne obliczenie na te cele potrzebnych funduszów i wyjednanie odpowiednich kredytów.

O najważniejszych wskazaniach leczniczych w przebiegu wiewióra ostrego i podostrego.

(Wykład kliniczny).

Napisał

Prof. Dr Władysław Reiss.

Stawiając sobie za zadanie omówienie kardynalnych wskazań leczniczych w przebiegu różnych okresów wiewióra, pomijam już z góry kwestyę zapobiegania, wychodząc z założenia, że mamy do czynienia z zakażeniem już rozpoznanem. Ponieważ praktyka poucza, że chorzy zgłaszają się do lekarza najczęściej dopiero w dłuższy czas po zakażeniu, t. j. z objawami już silnie rozwiniętej sprawy zapalnej i ostrego ropotoku, możemy nader rzadko stosować t. zw. leczenie poronne, które w pewnym tylko procencie przypadków (wedle mego doświadczenia bardzo nizkim) może prowadzić do pożądanego wyniku, t. j. przerwania dalszego przebiegu sprawy chorobowej.

Usiłowanie przeprowadzenia leczenia poronnego dotyczyć może chorych, zgłaszających się najpóźniej w trzecim lub czwartym dniu po zakażeniu, zatem w okresie, w którym stwierdzić już można skąpą wydzielinę niemal zupełnie surowiczą lub surowiczo-ropną, przyczem objawy kliniczne ograniczają się do bardzo nieznacznego pieczenia lub kłucia tuż poza ujściem zewnętrznem cewki. Obraz drobnowidowy wykazuje wówczas bardzo nieliczne jeszcze dwoinki Neissera, przeważnie wolne, nieznaczną tylko ilość ciałek ropnych i liczne komórki nabłonkowe. W tym to okresie mogą prowadzić do celu natychmiastowe wstrzykiwania organicznych związków srebra, jak protargolu (Neisser) lub albarginy (Blaschko), powtarzane w krótkich odstępach czasu (co pół do jednej godziny) aż do wywołania odczynu zapalnego. Po krótkiej przerwie wznawiamy wstrzykiwania, kontrolując dalsze leczenie systematycznie przeprowadzanem badaniem drobnowidowem wydzieliny, która w ciągu leczenia staje się zawsze ropna. Koncentracyę rozczynów zmieniamy w ciągu leczenia; waha się ona przy protargolu od $^1/_2$—$4^0/_0$, przy albarginie od $^1/_2$—$2^0/_0$, przyczem u chorych wrażliwych dodajemy do danego rozczynu $2^0/_0$ alypiny lub $5^0/_0$ antipiryny. Tu zaznaczyć należy, że zbyt forsownie przeprowadzane leczenie poronne, powodujące znaczniejsze uszkodzenie błony śluzowej. może tylko prowadzić do pogorszenia sprawy chorobowej względnie do bardzo niepożądanych powikłań, a wszelkie usiłowania przeprowadzenia leczenia poronnego w okresach późniejszych (od czwartego dnia po zakażeniu) c h y b i a j ą c e l u i s ą w p r o s t p r z e c i w w s k a z a n e.

W każdym przypadku już rozwiniętej sprawy zapalnej z wydzieliną ropną lub śluzowo-ropną należy wydzielinę zbadać mikroskopowo, nietylko dla tego, że obraz drobnowidowy wskazuje nam często na okres toczącej się sprawy zapalnej (ilość dwoinek, ułożenie ich w ciałkach lub po za ciałkami, ilość i jakość komórek nabłonkowych i t. d.), lecz także dlatego, aby módz wykluczyć, co prawda dosyć rzadko spotykane, przypadki ropienia odmiennego pochodzenia. Tu należą przypadki ropotoku wywołanego innymi drobnoustrojami (gronkowiec, prątek okrężnicy, paciorkowiec) lub też ropienia, pozostające w związku z innymi stanami chorobowymi, jak oksalurya lub artretyzm, wreszcie wywołane przez zażywanie pewnych środków leczniczych n. p pryszczawek (cantharides), dużych dawek soli jodowych i t. p. Nie mogę również pominąć nie tak znów rzadkich, szczególnie w czasach obecnych, przypadków symulacyi, w których ropotok, najczęściej ostry, zawdzięcza swoje pochodzenie wstrzyknięciu rozczynu amoniaku, ługu potasowego lub azotanu srebrowego.

Po stwierdzeniu drobnowidowem sprawy wiewiórowej jest obowiązkiem lekarza rozstrzygnąć przedewszystkiem, jak daleko sięga sprawa chorobowa w cewce, t. j. czy zajmuje jeszcze tylko t. zw. cewkę przednią do części opuszkowej włącznie, czy też przekroczyła już tę baryerę, jaką stanowi zwieracz części błoniastej (m. compressor partis membranaceae czyli m. sphincter urethrae) i zajęła także i część tylną cewki moczowej. Jakkolwiek najczęściej już objawy kliniczne pozwalają lekarzowi na łatwą oryentacyę w tym względzie, to często jednak to przejście sprawy zapalnej na część tylną cewki następuje wśród tak nieznacznych objawów, że badanie szczegółowe w tym kierunku staje się niezbędnem.

Próbą, jaką posługują się najczęściej lekarze w powyższym kierunku, jest tak zwana próba dwu szklanek, czyli próba Tompsona, która m a j e d n a k t y l k o w z g l ę d n e z n a c z e n i e, o czem bezwarunkowo pamiętać należy. Ma ona znaczenie tylko wtedy, jeżeli część tylna cewki moczowej produkuje znaczną ilość ropy, jak to bywa w okresie ostrego zapalenia. Wtedy duża stosunkowo ilość ropy, nie mogąc pomieścić się w krótkim odcinku tylnej części cewki i nie mogąc przezwyciężyć od przodu silnego oporu zwartego mięśnia zwieracza cewki, przezwycięża natomiast z łatwością słabe napięcie zwieracza pęcherza o włóknach gładkich (m. sphincter vesicae internus), torując sobie drogę ku pęcherzowi, gdzie jako gatunkowo cięższa opada na dno. Mocz, oddany wówczas do dwu szklanek, będzie w obu naczyniach mętny, ponieważ drugie naczynie zawierać musi ropę, która pochodzi z części tylnej i która wraz z ostatnią częścią moczu opuszcza pęcherz moczowy. Próba Tompsona nie da nam natomiast żadnych wskazówek, jeżeli sprawa, tocząca się w części tylnej, jest tylko podostrą lub przewlekłą, a to dlatego, bo ropa wydzielana przez błonę śluzową części tylnej znajduje się tam w skąpej tylko ilości, przyobleka zaledwo jej ściany i nie przedostaje się też wówczas do pęcherza. Wskutek tego łatwo zrozumieć, że już pierwszy strumień moczu spłukuje wszystką ropę z całej cewki do pierwszego naczynia, drugie zaś naczynie mieścić już będzie mocz czysty, t. j. bez domieszki ropy. Wynika z tego, że kiedy mocz czysty w drugiem naczyniu dowodzi zawsze zajęcia części tylnej, to natomiast czysty mocz w drugiem naczyniu nie pozwala bynajmniej na wykluczenie sprawy zapalnej w tylnej części cewki i dlatego poleganie na wynikach tej próby w praktyce m u s i p r o w a d z i ć d o b ł ę d ó w w r o z p o z n a n i u i, c o z a t e m i d z i e, w n a s t ę p o w e m l e c z e n i u. Należy przeto zawsze w razie ujemnego wyniku próby 2 szklanek przedsięwziąć p r ó b ę c e w n i k o w ą, polegającą na dokładnem przepłukaniu przedniej części cewki zapomocą cewnika płynem obojętnym; męty lub nitki (zależnie od okresu wiewióra) w moczu następnie oddanym pochodzić muszą wówczas

już tylko z tylnej części cewki i świadczą o jej zajęciu sprawą chorobową. Przepłukanie powyższe przeprowadzić można również zapomocą irygatora, zakończonego oliwką, przez co unikamy wprowadzania narzędzi do cewki, co zawsze połączone jest z korzyścią. Płyn, którym przepłukujemy część przednią, powinien być raczej chłodny, aniżeli ciepły, aby pobudzić zwieracz do skurczu i uniemożliwić przedostanie się choćby nieznacznej części płynu do części krokowej, przez co wartość próby stałby się musiała problematyczną.

Skoro tylko rozpoznamy ostrego wiewióra części przedniej cewki moczowej, nie należy ani chwili zwlekać z leczeniem. Z wyjątkiem przypadków o bardzo znacznem nasileniu sprawy chorobowej, przebiegających z bardzo silnym obrzękiem żołędzi, a zwłaszcza z zajęciem tkanki okołocewkowej (periurethritis), w których to przypadkach wszelkie leczenie miejscowe drogą wstrzykiwań jest przeciwwskazane, należy odrazu przystąpić do wstrzykiwań, mających na celu zniszczenie zarazka. W przypadkach bardzo silnego odczynu zapalnego (stadium peracutum), którym towarzyszą z reguły bardzo bolesne wzwody prącia, silne pieczenie przy oddawaniu moczu a często i domieszka krwi w ropie, ograniczyć się należy do stosowania zimnych okładów i podania środków balsamicznych, których korzystne działanie w tym okresie nie ulega żadnej wątpliwości. Działanie ich polega jednak głównie tylko na podniesieniu kwaśności moczu, a badania Friedländera wykazały, że n. p. 0·5 ol. sandałowego podnosi ją trzykrotnie i podtrzymuje ją na tym stopniu przez kilka godzin z rzędu. Wybieramy przetwory, uwolnione od olejków żywicznych drażniących nerki, n. p. santyl podawany po 20—30 kropel dziennie kilka razy w ciągu dnia. W tym okresie polecamy też chorym, o ile to tylko możliwe, leżenie w łóżku, stosując równocześnie środki narkotyczne, mające na celu uśmierzenie bólów i objawów podrażnienia.

Po ustąpieniu powyższych objawów ostrego zapalenia przystąpić należy bezzwłocznie do wstrzykiwań do przedniej części cewki moczowej, powtarzanych kilka razy dziennie, rozpoczynając od połączeń organicznych srebra, których działanie zabójcze na dwoinki Neisserowskie jest niewątpliwie stwierdzone. Mamy ich cały szereg, jak protargol, argonina, argentamina, largina, albargina, ichthargan, itrol i t. d. W klinice naszej używamy najczęściej protargolu (1/2—2%), argoniny (1/2—1%), albarginy (0.1—0·2%), przepisując środki te naprzemian, lub kolejno, i stopniując ich koncentracyę w miarę postępu w leczeniu i ustępowania zmian chorobowych. Leczenie należy kontrolować systematycznem badaniem wydzieliny w kierunku dwoinek Neisserowskich i ilości ciałek ropnych, względnie pojawiania się większej ilości komórek nabłonkowych. W okresie śluzoworopnym, przy znacznie zmniejszającej się ilości dwoinek, możemy przejść stopniowo do środków, łączących w sobie działanie antyseptyczne z działaniem łagodnie ściągającem, lub też kombinować działanie ich ze środkami grupy poprzedniej. Do grupy tej zaliczamy: ammonium sulfo-ichthyolicum (1—2%), thallium sulfur. (1—3%), zincum sozojodolicum (1—2%), zincum hypermanganicum i wiele innych.

Dopiero doprowadzając do okresu, w którym dwoinki znikają zupełnie z pola widzenia, a liczba ciałek ropnych zmniejsza się bardzo znacznie, przyczem występują na plan pierwszy liczne nabłonki, przeważnie przejściowe, przy małej domieszce płaskich, a objawy kliniczne ograniczają się do wycieku treści śluzowej, mniej lub więcej skąpego, — możemy już przejść do grupy środków ściągających (adstringentia). W okresie tym mocz zwykle się już zupełnie wyjaśnia, a w miejscu poprzedniego jednostajnego zmętnienia pojawiać się zaczynają pojedyncze nitki.

Jeżeli zajmiemy się bliżej rozpatrzeniem tych nitek, możemy się przekonać, że jedne z nich, mianowicie zawierające mało śluzu, a wiele ciałek ropnych, rozpylają się bardzo łatwo przy najlżejszem zakłóceniu moczu, wywołując znów jednostajne jego zmętnienie i te to właśnie nitki odpowiadają jeszcze sprawie więcej świeżej, względnie ogniskom zapalnym jeszcze bardziej rozlanym. Inne zaś nitki, składające się przeważnie ze śluzu, z małą tylko domieszką ropy, zawierające natomiast wiele nabłonków, odpowiadające okresom późniejszym, nie rozpylają się jak poprzednie; wyławiane natomiast zapomocą drucika z moczu, skupiają się odrazu w kulki. W okresach późniejszych sprawy chorobowej przeważa druga kategorya nitek, jako zapowiedź blizkiego już wyleczenia. W pierwszej kategoryi nitek znajdujemy z reguły obok znacznej ilości ciałek wysiękowych zwykle sporą jeszcze w nich ilość dwoinek. W okresie tym zdarza się już coraz to częściej spotykać obok dwoinek Neisserowskich, wśródkomórkowo ułożonych, także liczne w stanie wolnym, t. j. poza ciałkami ropnemi, a prócz tych już i inne dwoinki, nie odbarwiające się metodą Grama, jakoteż i cały szereg innych drobnoustrojów.

Do środków czysto ściągających, których używamy w okresach końcowych należą: zincum sulfuricum (0·5—1%), zincum aceticum (0·5—1%), plumbum aceticum (1—2%), bismuthum subnitricum (2—4%), acidum tannicum w glicerynie (1—2%) i inne.

Przetwory srebrowe organiczne, używane jako swoiste w pierwszym okresie zapalenia wiewiórowego, zastąpiły obecnie w zupełności dawniej używany azotan srebra, którego unikamy w tych okresach, jako środka drażniącego, stosując go natomiast często w okresach późniejszych, szczególnie w przebiegu wiewióra przewlekłego. Azotan srebrowy nawet w rozczynach słabych działa w okresie ostrego zapalenia drażniąco, wytwarza na powierzchni powłokę białkanu srebrowego, pod którą wydzielina na czas jakiś się zatrzymuje, wywołując chwilowo złudzenie polepszenia, poczem następuje jednak silny odczyn zapalny, zależny od koncentracyi użytego rozczynu. Działanie połączeń organicznych jest o wiele głębsze i przebiega z reguły bez silniejszego odczynu, szczególniej jeżeli umiemy zastosować zgęszczenie rozczynu do nasilenia sprawy zapalnej w danym przypadku.

W każdym przypadku, w którym przystępujemy do stosowania wstrzykiwań, powinniśmy przestrzegać następujących, w praktyce bardzo ważnych wskazówek:

1) Wstrzykiwania powinny być stosowane zawsze po poprzedniem oddaniu moczu, przyczem dobrze jest poprzedzić właściwe wstrzyknięcie wstrzyknięciem rozczynu węglanu sodowego, aby usunąć powłokę śluzu, powlekającego błonę śluzową, względnie oczyścić należycie cewkę przed zamierzonem działaniem przepisanego środka.

2) Koncentracya danego rozczynu leczniczego powinna pozostawać w stosunku odwrotnym do nasilenia sprawy zapalnej; rozpoczynamy zatem leczenie rozczynami słabymi, podwyższając stężenie rozczynu w miarę polepszania się sprawy zapalnej.

3) Prócz koncentracyi rozczynów należy zmieniać kolejno i dosyć często środki lecznicze, stosowane jako wstrzykiwania, ponieważ oddziaływanie na jeden i tensam środek leczniczy staje się z czasem leniwe i powolne; uzyskujemy natomiast często po zmianie wstrzykiwanego środka szybko znakomitą poprawę. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przy stosowaniu ustawicznem jednego i tegosamego środka następuje pewne przyzwyczajenie się jadu do pewnego związku chemicznego i że wytwarzają się szczepy, odporne na pewien środek leczniczy (giftfeste Gonokokkenstämme), co tamuje dalszy postęp skutecznego leczenia. Zmieniamy przeto często środki nawet w ciągu jednego i tegosamego dnia, polecając n. p. wstrzykiwać rano i wieczór protargol, a w międzyczasie raz lub dwa razy argoninę lub albarginę i zyskując tą drogą często o wiele szybszy wynik leczniczy.

4) Wstrzykiwania powinny obejmować całą pojemność przedniej części cewki moczowej aż do zwieracza części błoniastej (m. compressor urethrae). Dzieje się to wtedy, jeżeli strzykawka używana przez chorego obejmuje przynajmniej 15 cm. sześc. płynu. Płyn wstrzyknięty

powinien wygładzić wszystkie fałdy błony śluzowej i działać na cały jej obszar; przy niedostatecznem wypełnieniu płyn nie dochodzi do końca części opuszkowej (bulbus), która staje się też ulubionem miejscem ognisk przewlekłego ropienia, wywołujących tamże nacieki w błonie podśluzowej, jako zaczątki przewlekłej sprawy zapalnej, wiodącej z czasem do wytwarzania się tkanki łącznej z wszystkiemi następstwami.

5) Wszelkie leczenie miejscowe powinno się wstrzymać natychmiast, skoro pojawi się jakiekolwiek, choćby najlżejsze powikłanie, n. p. zajęcie tkanki okołocewkowej, nie mówiąc już o przejściu sprawy na tylną część cewki moczowej, wymagającem zupełnej zmiany sposobu leczenia.

Leczenie miejscowe można kombinować dowolnie z podawaniem środków balsamicznych lub też środków odkażających (salol, diplosal, kwas będźwinowy i t p.) w miarę potrzeby i uznania lekarza.

Kontrolne badanie drobnowidowe wydzieliny, względnie coraz to skąpszych nitek, będzie dla nas najlepszą wskazówką, kiedy zakończyć leczenie. Leczenie miejscowe powinno trwać dopóty, aż nie powiedzie się nam usunąć w zupełności jadu, przyczem nie należy jedynie polegać na badaniu choćby najskąpszej wydzieliny lub nitek pływających w moczu, lecz należy się przekonać, i to kilkakrotnie, czy wydzielina, uzyskana drogą wygniatania i miesienia cewki po wprowadzeniu zgłębnika, zakończonego oliwką, a pochodząca z ujść gruczołowych (gland. Littrei, lacunae Morgagni), nie zawiera jednak dwoinek, co tak często daje się wykazać. Jeżeli sumienne badanie da i wtedy kilkakrotnie wynik ujemny, możemy uważać chorego za wyleczonego. O ile po usunięciu zupełnem dwoinek z pola widzenia trwa jednak jeszcze czas jakiś wydzielanie treści śluzowej z bardzo nieznaczną domieszką ciałek ropnych (blenorrhoea postgonorrhoica), polecamy stosowanie jeszcze środków ściągających przez pewien okres czasu, poczem zaprzestanie wstrzykiwań powinno się odbywać stopniowo.

Jeżeli lekarz stwierdzi napewno, że sprawa wiewiórowa przeszła na część tylną cewki i zajęła część błoniastą i krokową, musi zmienić natychmiast dotychczasowy sposób leczenia. Zajęcie części tylnej, które w przebiegu wiewióra, poraz pierwszy nabytego, rzadko następuje przed upływem drugiego tygodnia (pomijam wpływy szkodliwe, przyspieszające pogorszenie sprawy chorobowej), daje w okresie ostrym cały szereg tak charakterystycznych objawów, że rozpoznanie tego powikłania nie przedstawia z reguły najmniejszych trudności. Już samo zmniejszenie się ilości wydzielającej się ropy w okresie ostrym nasuwa często to przypuszczenie. W ślad za tem pojawia się z reguły parcie na mocz, tem silniejsze, im większe nasilenie sprawy zapalnej w tylnym odcinku cewki moczowej, objaw bardzo przykry, sprowadzający właśnie bardzo często w tym okresie chorego do lekarza. Parcie to pozostaje stale w odwrotnym stosunku do stopnia wypełnienia pęcherza moczem i połączone bywa z bólami, towarzyszącymi oddawaniu zwykle bardzo skąpej ilości moczu. Ostatnim kroplom moczu towarzyszy często przy silnym stanie zapalnym błony śluzowej, który przechodzi z części tylnej cewki także na dolny odcinek pęcherza (urethro-cystitis posterior), mniejsza lub większa domieszka krwi skutkiem pękania drobnych naczyń obrzmiałej błony śluzowej pod wpływem skurczu okalających mięśni (haematuria terminalis).

Jednym z objawów dominujących również w tym okresie choroby jest silne pobudzenie sfery płciowej, tłómaczące się łatwo sprawą zapalną silnie bardzo unerwionego obszaru błony śluzowej części krokowej dokoła wzgórka nasiennego (ciałka Pacciniego), stanowiącego niejako ośrodek obwodowy dla podniet, przenoszonych stąd do ośrodka erekcyjnego, względnie ejakulacyjnego w rdzeniu lędźwiowym. Pojawiają się zatem nader wówczas bolesne wzwody prącia i również często bolesne wytryski nasienia, nierzadko z domieszką krwi (haemospermia).

Należy zwrócić uwagę jeszcze na jeden objaw, towarzyszący nierzadko ostremu okresowi wiewióra części tylnej cewki, o tyle ważny, o ile bywa często przez lekarzy, mniej ze sprawą obeznanych, fałszywie tłómaczony, a spostrzegamy go u chorych, cierpiących na bardzo silne i przeciągłe parcie na mocz. W moczu należycie przesączonym wykazać się u nich dają nierzadko bardzo skąpe ilości białka. Te ślady białka odnoszą lekarze najczęściej do podrażnienia nerek podawanymi jednocześnie środkami balsamicznymi lub też mówi się wówczas o zajęciu sprawą swoistą dalszych dróg moczowych (gonorrhoea ascendens). Geneza tego skąpego białkomoczu jest jednak zgoła odmienna i pozostaje, jak to już Ultzmann, a później Finger stwierdzili, w najściślejszym związku z objawem silnego parcia na mocz, a zatem z nieustającym prawie skurczem układu mięśniowego części tylnej cewki i dolnego odcinka pęcherza, który wywołuje zaciśnięcie ujść moczowodów u podstawy trójkąta Lieutauda. Skutkiem tego wzrasta znacznie parcie w kanalikach moczowych i przewyższając znacznie prawidłowe parcie wydzielnicze nerki, wywołuje przechodzenie pewnej ilości białka. Autorowie, którzy wbrew temu przypuszczali, że chodzić tu może o białko, odpowiadające surowicy ropnej, ponieważ ilość białka odpowiada ilości ropy, nie mają słuszności, ponieważ badania wykazują, że u chorych, cierpiących na zajęcie ostrym wiewiórem samej tylko części przedniej, u których zatem objawu parcia nie ma, w moczu przesączonym śladów białka nie znajdujemy zupełnie. Dowodem »ad oculos«, że białkomocz ten pozostaje w związku z parciem i jest od niego zależny, jest to, że po zastosowaniu n p. ciepłych kąpieli nasiadowych, które tak znakomicie uśmierzają parcie, lub też po podaniu czopków belladonowych lub morfinowych, które wywierają tenżesam skutek, wszelki ślad białka ustępuje.

Skoro lekarz rozpozna zajęcie całej cewki moczowej ostrą sprawą wiewiórową, to bezzwłoczne zalecenie choremu zupełnego spokoju staje się pierwszym obowiązkiem lekarza. Chorego należy pozostawić w łóżku przynajmniej dopóty, aż miną najsilniejsze objawy ostrego zapalenia, o których powyżej była mowa. Polecamy lekką dyetę, a jeżeli już wśród zajęcia tylko części przedniej zakazujemy używać jakichkolwiek napojów wyskokowych, to obecnie kładziemy w tym kierunku jeszcze silniejszy nacisk. Już sam spokój i zimne okłady, stosowane na prącie i krocze, stanowią niewątpliwie połowę wskazań leczniczych w tym okresie. Niezbędnem jest też dbanie o codzienne wypróżnienie, aby zmniejszać przekrwienie obszarów, chorobą zajętych. Podobnie jak w wiewiórze części przedniej, podajemy i teraz środki balsamiczne, odnoszące zawsze w okresie ropnym bardzo dobry skutek. Mylnym jest zwyczaj (tak jednak częsty) podawania chorym w tym okresie choroby dużych ilości przeróżnych wód alkalicznych (Giesshübler, Vichy i. t. d.), wiodący najniepotrzebniej do zbytniej alkalizacyi moczu, co może tylko usposabiać do zajęcia pęcherza, a nie ma żadnego dodatniego skutku.

O ile objawy parcia na mocz już ustąpiły i chory może więcej moczu zatrzymać, próba dwu szklanek wypada wówczas zawsze dodatnio: pierwsze naczynie zawiera mocz mętny, drugie również, lecz zwykle w mniejszym nieco stopniu, co jest zupełnie zrozumiałe, jeżeli zważymy, że mocz w pierwszem naczyniu zawierać będzie wszystką ropę, spłukaną już przez pierwszy strumień moczu z całego obszaru cewki moczowej, w drugiem zaś naczyniu znajdować się będzie ropa z tylnego odcinka cewki, która przezwyciężywszy słaby opór gładkiego zwieracza pęcherza (m. sphincter vesicae internus) spłynęła na dno pęcherza i z ostatnią porcyą moczu opuszcza pęcherz. Nader ważne też jest badanie moczu rannego, — podczas dnia zdarza się często, (szczególniej w okresach późniejszych), że w drugiem naczyniu znajdujemy mocz prawie zupełnie już czysty —

w późniejszych już okresach wskazana jest zawsze przeto próba cewnikowa lub też zapomocą irygatora, przyczem irygator nie powinien być zawieszony wyżej niż na jeden metr nad poziomem ciała. Oddziaływanie moczu bywa z reguły słabo kwaśne lub obojętne.

Lekarze błądzą często, rozpoznając na podstawie dodatniej próby dwu szklanek zajęcie pęcherza sprawą wiewiórową, szczególnie jeżeli mocz w drugiem naczyniu jest również mętny lub czasem może nawet nieco mętniejszy, niż w pierwszem. Jestto wnioskowanie błędne. Pomijając względną rzadkość zajęcia całego pęcherza w sprawie wiewiórowej (przyczem sprawa polega z reguły na zakażeniu mieszanem, najczęściej gronkowcem i prątkiem okrężnicy, gdy natomiast, jak wiadomo, gonokoki jako takie nie wywołują rozkładu mocznika), upoważnieni jesteśmy do tego rozpoznania tylko po stwierdzeniu pewnego szeregu innych objawów. Próba Tompsona wykazuje wtedy w drugiem naczyniu stale o wiele większe zmętnienie, aniżeli w pierwszem, ponieważ druga część moczu będzie wówczas zawierać prócz ropy z tylnego odcinka cewki także wszystką ropę, którą produkuje błona śluzowa całego pęcherza, a próba 3 szklanek wykaże zawsze największą ilość ropy w naczyniu trzeciem. Oddziaływanie jest wówczas wyraźnie zasadowe, bóle bywają większe, przy równoczesnych objawach pewnej niedomogi pęcherza, a osad moczu, bardzo charakterystyczny, dopełnia rozpoznania.

Dopóki w przebiegu wiewióra całej cewki moczowej trwa okres ostrego zapalenia, powinien się lekarz wstrzymać od wszelkich zabiegów, mających na celu leczenie miejscowe, i to przynajmniej aż do ustania całego szeregu objawów, o których już była wyżej mowa. Wszelkie zabiegi miejscowe, wykonywane zwłaszcza narzędziami metalowemi, mogą prowadzić do całego szeregu powikłań, jak zapalenie najądrza, przejście sprawy na gruczoł krokowy, pęcherzyki nasienne i t. d. Ograniczając się wówczas tylko do wskazówek już wyżej podanych, podajemy w tym okresie chętnie oprócz przetworów balsamicznych także antyseptyczne (salol, urotropina, kwas salicylowy i t. d.), które odkażanie moczu mają przedewszystkiem na celu. Zwalczamy wówczas także objawy, dominujące w tym okresie, a zatem objawy parcia na mocz, objawy ze strony sfery płciowej i wreszcie t. zw. końcowe krwawienia. Stosujemy częste kąpiele nasiadowe ciepłe, podajemy czopki z dodatkiem środków narkotycznych, aspiryny, sole bromowe i t. p. Pobudliwość płciową uśmierzamy bardzo skutecznie stosowaniem zimnych okładów lub odpowiednimi przetworami, wprowadzanymi w postaci czopków (np. Rp. Camphorae monobrom 1,50 butyr. cacao q. s ut. f. suppositor. X). Nie należy zapominać, że krwawienia z końcem oddawania moczu, które mogą być w tym okresie nawet dosyć znaczne, ustępują bardzo często już po zastosowaniu zimnego okładu na krocze lub po zastosowaniu chłodnicy Arzbergera, a tylko w przypadkach bardzo uporczywego krwawienia musimy się uciekać do podawania środków przeciwkrwotocznych (np. Rp. Ergotini Bonjean 1,0 laudani 0,1 sacchari 2, div. in dos. X).

Dopiero po zupełnem ustąpieniu objawów powyższych możemy przystąpić do leczenia miejscowego, tj. do przepłukiwań całej cewki moczowej środkami, które omawialiśmy, mówiąc o leczeniu części przedniej. Zwykle zwalniamy już wtedy chorych od leżenia w łóżku, polecając naturalnie tylko wstrzymywanie się od każdego forsowniejszego ruchu, jazdy konnej, na rowerze i t. p. Noszenie suspensoryum w znaczeniu profilaktycznem uważać należy za zbyteczne.

Przepłukiwania muszą mieć na oku całą cewkę, t. j. aż do jej ujścia wewnętrznego. Doświadczenia i endoskopia pouczyły nas, że sprawa zapalna w przypadkach bardzo ostrych sięga zwykle poza część krokową (pars prostatica) cewki, zajmując także i dolny odcinek pęcherza, dając obraz tak zwanej »urethro-cystitis posterior«, a tylko w pewnym odsetku przypadków ogranicza się do końca części krokowej. Zbytecznem chyba byłoby wspominać, że leczenie zapalenia całej cewki zapomocą samych tylko wstrzykiwań zwykłą strzykawką jest bezcelowe i wiodąc do pozornego leczenia części przedniej, naraża chorych na przewlekanie się sprawy chorobowej do nieskończoności, oraz na dalsze poważniejsze już powikłania skutkiem zaniechania leczenia tylnej części cewki, sprawą chorobową dotkniętej.

Zgęszczenie rozczynów leczniczych, używanych do przepłukiwań całej cewki moczowej, powinno być z reguły znacznie słabsze od rozczynów, używanych do wstrzykiwań w zapaleniu części przedniej, wrażliwość bowiem tylnego odcinka cewki przewyższa znacznie wrażliwość błony śluzowej części przedniej, a dotyczy to przedewszystkiem okresów ostrego i podostrego zapalenia (w zapaleniu przewlekłem cewki używamy rozczynów nawet bardzo wysokoprocentowych, ale tylko w postaci wkrapláń). Z tej samej przyczyny używamy do przepłukiwań całej cewki zwykle rozczynów lekko ogrzanych, szczególnie, jeżeli znaczniejszą ilość płynu zamierzamy pozostawić w pęcherzu.

O ile wrażliwość cewki nie pozwala na przepłukiwanie częstsze, polecamy chorym wstrzykiwanie w międzyczasie analogicznych płynów leczniczych do przedniej części cewki, uzupełniając w ten sposób właściwe leczenie tym sposobem kombinowane. Częstość przepłukiwań normujemy zależnie od odczynu, jaki zwykł występować po każdorazowem przepłukaniu, badając systematycznie mocz chorego, i to przedewszystkiem poranny.

Z metod przepłukiwań cewki używamy najczęściej metody Didaya i metody Janeta. Pierwsza polega na wprowadzeniu cewnika gumowego lub elastycznego aż do pęcherza. Skoro część moczu odejdzie, wysuwamy powoli cewnik ku przodowi, aż mocz nie przestanie wypływać, czyli aż otwór cewnika nie znajdzie się tuż przed samym zwieraczem pęcherza (m. sphincter vesicae intern.), t. j. już w części krokowej cewki. Wtedy łączymy cewnik z dużą strzykawką i powolnym ruchem tłoka wpuszczamy płyn do cewki. Płyn, w tej pozycyi cewnika wstrzykiwany, przepłukuje dokładnie całą część tylną cewki, nie wypływa jednak obok cewnika na zewnątrz, lecz przedostaje się wszystek do pęcherza. Po chwili wysuwamy (ciągle jednak wypróżniając równocześnie strzykawkę) cewnik jeszcze bardziej ku przodowi dopóty, aż mocz nie zacznie wypływać obok cewnika na zewnątrz (następuje to z chwilą, kiedy oczko cewnika przekroczy zwieracz części błoniastej [m. compressor urethrae]) — i posuwając się ciągle ku przodowi, przepłukujemy w ten sposób następowo i całą przednią część cewki. Jestto metoda, każdemu lekarzowi dostępna i nie wymagająca żadnych większych zachodów.

Metoda Janeta polega na przepłukaniu — również całej cewki, w kierunku jednak od przodu ku tyłowi — zapomocą irrygatora, wiszącego nad łóżkiem lub stołem do badania i zakończonego oliwką, którą przykładamy po oddaniu moczu do ujścia zewnętrznego cewki. Jedyna trudność polega na przezwyciężeniu skurczu zwieracza cewki, który przy używaniu płynów chłodnych może być nawet dosyć znaczny; odgrywa tu jednak rolę z jednej strony pewna wprawa ze strony lekarza, z drugiej zaś również pewne oswojenie się z całym zabiegiem ze strony chorego, który nauczy się wkrótce zwalniać napięcie zwieracza, aby przepuścić prąd płynu do pęcherza. Metoda ta, która w wielu przypadkach wywołuje dosyć silne podrażnienie i nie przez wszystkich chorych bywa równie dobrze znoszona, ma jednak kilka stron wybitnie dodatnich, które należy podnieść. Wyklucza ona przedewszystkiem wprowadzanie do cewki narzędzi, co z wielu względów, szczególnie w pewnych niekorzystnych warunkach praktyki lekarskiej, nie jest obojętne. Drugą cechą bardzo wybitną tej metody jest wprowadzanie płynu leczniczego do cewki pod silnem parciem, które napina błonę śluzową całej cewki, dając gwarancyę, że cały obszar chorobowo zmienionej błony zetknie się w najmniejszych swoich fałdach z działającym

płynem, tą metodą stosowanym; również szybka wymiana przepuszczanego w dużej ilości działającego rozczynu odgrywa tu także rolę. Najczęściej przy tej metodzie używany bywa nadmanganian potasu, stosowany najczęściej aż do wywołania t. zw. odczynu surowiczego, w rozczynach od $^1/_4$—1—2 pro mille, zależnie od okresu i nasilenia sprawy zapalnej. W okresach późniejszych używać można do przepłukiwań również i narzędzi metalowych, np. cewnika irygacyjnego Ultzmanna i innych.

Nie odpowiada celowi zupełnie sposób, którym posługują się niejednokrotnie lekarze w leczeniu wiewióra, wprowadzając po całkowitem oddaniu moczu większą ilość rozczynu leczniczego cewnikiem wprost do pęcherza, polecając po chwili oddać całą zawartość pęcherza i uważając ten zabieg (remictio) za równorzędny z dokładnem przepłukaniem cewki od tyłu ku przodowi Sposób ten nie odpowiada celowi choćby dlatego, że płyn, wypuszczony z pęcherza, nie odpowiada bynajmniej swoim składem chemicznym rozczynowi, poprzednio do pęcherza wprowadzonemu. Gdyby bowiem nawet pęcherz przed wprowadzeniem płynu moczu zupełnie nie zawierał, to już tych chwil kilkadziesiąt wystarczy, aby rozczyn leczniczy został moczem, spływającym tymczasem z moczowodów, choćby częściowo rozłożony. Chory oddaje już płyn o niepewnym składzie, a przekonujemy się o tem często naocznie na rozczynach nadmanganianu potasowego, które opuszczają pęcherz bardzo szybko odbarwione.

Podobnie, jak w zapaleniu przedniej części cewki wszelkie powikłania są przeciwwskazaniem do leczenia miejscowego, taksamo wszelkie powikłania w przebiegu wiewióra tylnej części cewki moczowej, jak zajęcie najądrza lub gruczołu krokowego wykluczają bezwarunkowo wszelkie zabiegi miejscowe, szczególnie te, które połączone bywają z wprowadzaniem jakichkolwiek narzędzi do cewki. W każdym takim przypadku staramy się wpłynąć na jak najszybsze usunięcie powikłań, postępując wedle odpowiednich wskazań leczniczych, a dopiero po ustąpieniu tych powikłań przeprowadzamy dalsze leczenie miejscowe.

Rozumie się samo przez się, że i tutaj opierać musimy cały plan i sposób leczenia na systematycznej kontroli wydzieliny i badaniu moczu. Przeprowadzając systematyczne leczenie, dochodzimy do okresu, w którym wydzielina staje się już tak skąpa, że wycisnąć jej już nawet po upływie szeregu godzin po ostatniem oddawaniu moczu nie zdołamy, a skąpa jej ilość na błonie śluzowej wywołuje tak nieznaczne zmętnienie moczu, że tylko naczynie, w którem go badamy, wygląda zaledwie jak gdyby nieco spotniałe. O ile sprawa chorobowa ogranicza się już wówczas do pewnych tylko, ograniczonych obszarów błony śluzowej, przestaje zatem być sprawą »rozlaną«, to wydzielina przejawia się tylko w postaci mniej lub więcej długich nitek, pływających w moczu już zupełnie jasnym. O rodzajach tych nitek była już poprzednio mowa; nitki kruche i rozpylające się, a zawierające jeszcze sporo ciałek ropnych, są zawsze wyrazem sprawy jeszcze świeżej i bardziej rozlanej, nitki zaś śluzowe, zawierające więcej nabłonków, a mało ciałek wysiękowych, świadczą raczej o okresie późniejszym i zarazem już ograniczonym.

Przy zajęciu części tylnej przybywa do poprzednich kategoryi nitek często jeszcze nowa, przedstawiająca się w postaci drobnych przecinków, jako odlewów drobniutkich przewodów gruczołowych w części krokowej cewki (ductuli prostatici); obecność takich nitek świadczy o tem tak częstem w przebiegu wiewióra tylnej części cewki powikłaniu ze strony gruczołu krokowego, stając się równocześnie wskazaniem do odpowiednich zabiegów leczniczych. Ponieważ prawie w każdym przypadku dłużej trwającego wiewióra tylnej części cewki znajdujemy owe nitki przecinkowate, dostające się do moczu w czasie ostatnich skurczów pęcherza, mamy sposobność przekonać się. w jak znacznym odsetku przypadków gruczoł krokowy bierze jednak w schorzeniu wiewiórowem udział. We wszystkich tych przypadkach należy też po należytem przepłukaniu przedniej części cewki uzupełnić badanie drogą ucisku na gruczoł krokowy i uzyskaną tym sposobem wydzielinę poddać sumiennemu badaniu. W przypadkach dodatniego wyniku badania przyłącza się do przepłukiwań nowe, a zarazem bardzo ważne wskazanie lecznicze, polegające na systematycznem miesieniu (massage) gruczołu i równoczesnem kontrolowaniu wydzieliny. Towarzyszyć temu powinno również wygniatanie ukrytej wydzieliny z ujść gruczołowych i zatok (lacunae) całej części przedniej cewki zapomocą zgłębnika, zakończonego oliwką, względnie w okresach późniejszych na zgłębniku metalowym, o czem już wyżej wspominałem.

Leczenie temi metodami doprowadzamy w końcu do okresu, w którym w uzyskanej do badania wydzielinie, względnie w skąpych z moczu wyłowionych nitkach, nie znajdujemy już zupełnie dwoinek Neisserowskich, a minimalną tylko ilość ciałek ropnych.

W okresach tych, w których dwoinki znikają z pola widzenia, spotykamy natomiast zawsze liczną florę cewki, a przedewszystkiem oprócz przeróżnych bakteryi rozmaite dwoinki, mogące sprawiać wrażenie gonokoków, przeważnie jednak większe i nie odbarwiające się metodą Grama. (Barwienie tą metodą daje tylko około 95% pewności rozpoznawczej, ponieważ prócz gonokokow odbarwiają się jeszcze tą metodą dwa rodzaje dwoinek, t. j. t. zw. szarobiała i cytrynowa). Często bardzo spotykamy w końcowych okresach także tak zwane dwoinki olbrzymie (Kugelkokken), przewyższające wielkością dwoinki Neisserowskie niemal w dwójnasób.

Jeżeli systematyczne badanie wydzieliny, czy też nitek, daje stale wynik ujemny, należy jeszcze dla uzyskania pewności co do wyniku leczenia (sprawa pozwolenia na zawarcie małżeństwa, świadectw lekarskich i t. d.) zastosować tak zwaną metodę prowokacyjną, mającą na celu wywołanie ostrego względnie podostrego zapalenia błony śluzowej z następowem ropieniem, licząc na to, że mogące się jeszcze znajdować w głębszych warstwach nabłonka, lub też w ujściach gruczołowych dwoinki, teraz po wywołaniu ostrej sprawy zapalnej pojawić się mogą w ropie, którą poddajemy badaniu. W celach prowokacyjnych używamy wkraplań rozczynów sublimatu, sinianu rtęciowego, argentaminy, wreszcie azotanu srebrowego do rozmaitych odcinków cewki moczowej; można również w tym celu polecić wstrzykiwanie, jeżeli chodzi tylko o część przednią, n. p. argentaminy 0,5%. Po kilkakrotnem wstrzyknięciu danego płynu i po upływie 12—24-godzinnej przerwy badamy sporządzone z wydzieliny preparaty.

Sommer poleca w ostatnich czasach, jako zdaniem jego pewny środek prowokacyjny, wstrzykiwanie dożylne zabitych hodowli dwoinek (szczepionek), mianowicie artigonu Brucka po 0,1 na dawkę. Dawka ta wywołuje podniesienie ciepłoty i równocześnie odczyn miejscowy; jednorazowe podniesienie ciepłoty o 1,5° przemawia bardzo za niewygasłym jeszcze wiewiórem, podniesienie zaś o 2,5° i wystąpienie powrotnego podniesienia nazajutrz bez ponawiania wstrzyknięcia (t. zw. Doppelzacke) jest zdaniem Sommera zupełnie już pewnym dowodem niewygasłego jeszcze ogniska. Badania kontrolne tej metody nie dają jednak zgodnych wyników, tak, że o zupełnej pewności w tym kierunku nie może być jednak mowy; z drugiej znów strony praktyka okazała, że odczyn ten zawodził niejednokrotnie w obecności ognisk, klinicznie zupełnie pewnie stwierdzonych.

W przebiegu wiewióra nie leczonego należycie i przewlekającego się przez lata całe, następuje pogłębienie się sprawy zapalnej w obszarach z reguły ograniczonych w błonie podśluzowej i w gruczołach, wiodące do całego szeregu objawów, charakterystycznych dla tak zwanego wiewióra przewlekłego. W odcinku przednim cewki moczowej powstają z czasem nacieki mniej lub więcej głębokie, wiodące do powolnego zwężania się światła cewki, które jednak

w okresach wcześniejszych zdolne są jeszcze drogą odpowiednich zabiegów leczniczych do częściowej lub zgoła całkowitej regresyi (structura infiltrat. s. spuria), a które później kończą się rozrostem tkanki łącznej w miejscu poprzedzającego nacieku, wiodącym do zwężenia prawdziwego (strictura vera). Sprawa przewlekła, tocząca się w części krokowej cewki moczowej, wiedzie z czasem do całego szeregu zmian bardzo poważnych, wkraczających z jednej strony w sferę licznych zboczeń z zakresu czynności płciowych (impotentia coeundi et generandi), z drugiej zaś także do całego szeregu zaburzeń, znanych pod nazwą nerwic płciowych (neurasthenia sexualis).

Omawianie wszystkich tych powikłań, jako też i leczenia późniejszych okresów wiewióra przekraczałoby znacznie ramy niniejszego wykładu i zadanie, jakie sobie postawiłem.

Kończąc ten krótki wykład, obejmujący tylko najważniejsze wskazania lecznicze okresów wczesnych zakażenia, nie mogę jeszcze przemilczeć uwagi pod adresem tych lekarzy, których wymogi w kierunku efektu leczniczego w okresie powiewiórowym posuwają się zbyt daleko. Lekarze ci nie poprzestają na kilkakrotnym nawet wyniku korzystnym próby prowokacyjnej, lecz przedłużają leczenie następowe, uważając sprawę za niezupełnie jeszcze wyleczoną, dopóki pojawiają się wogóle w moczu niteczki, bez względu na skład tych nitek i wynik ich badania drobnowidowego. Stanowisko tych lekarzy jest mylne. Należy pamiętać o tem, że sprawa chorobowa, tocząca się w błonie śluzowej, wiedzie z biegiem czasu do transformacyi nabłonka wałeczkowatego w płaski wielowarstwowy (xerosis mucosae), ulegający ciągłemu złuszczaniu się. W złuszczaniu się tem, które wraz ze skąpą ilością śluzu znajduje swój wyraz kliniczny w nitkach, pojawiających się w moczu, a zawierających prócz licznych nabłonków już tylko bardzo nieliczne leukocyty, nie należy dopatrywać się objawu zakaźnej jeszcze sprawy chorobowej, a starania lecznicze, choćby najbardziej usilne, usunięcia tego »memento« przebytej sprawy zapalnej, muszą być niejednokrotnie uważane tylko za »pium desiderium«.

Kilka praktycznych uwag o wiewiórze u kobiet i u dziewczątek

napisał

Prof. Dr. Aleksander Rosner.

Ilość przypadków wiewióra u kobiet wzmogła się w ostatnich czasach w kraju naszym w zastraszający sposób z przyczyn, których omawianie jest chyba zbytecznem. Przewidzieć można, że fakt ten pociągnie za sobą niepłodność u znacznego odsetka osób zamężnych, że z niemałej liczby zdrowych dotąd kobiet uczyni niezdolne do pracy kaleki, że powiększy ilość poronień u ciężarnych i ociemnień u noworodków, że wreszcie spowoduje endemie tej choroby u dzieci, zwłaszcza u dziewczątek. To wszystko razem wzięte zasługuje na miano społecznej i narodowej klęski i wzywa nas do walki z nią nietylko w imię obowiązku lekarskiego, ale i w imię poczucia obywatelskiej służby.

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« wezwała mnie do napisania artykułu o wiewiórze u kobiet. Czyniąc zadość temu poleceniu, wiem, że nie powinienem i nie mogę dać tu wyczerpującego naukowego opisu tej choroby, ani też zapuszczać się w teoretyczne wywody, tylko że mam podnieść niektóre, ważniejsze szczegóły z zakresu dyagnostyki i leczenia. i to te szczegóły, które praktyczną mają doniosłość.

Zacząć jednak muszę od podziału całego obszernego tematu na pewne typy kliniczne z uwzględnieniem dwóch punktów widzenia 1) anatomicznego i 2) klinicznego.

Anatomicznie, t.j. co do siedziby, znamy dwa typy wiewióra. W jednym choroba ogranicza się do dolnych części narządu moczowo-płciowego i rozgrywa się poniżej ujścia wewnętrznego macicy (gonorrhoea inferior), w drugim przenosi się ona ponad to ujście i zajmuje nadto jamę trzonu, jajowody, jajniki i otrzewnę w sąsiedztwie tych narządów (gonorrhoea ascendens).

To jeden punkt widzenia. Drugi, kliniczny, polega na rozróżnianiu postaci ostrych od przewlekłych, przyczem zaznaczam, że dla uniknięcia rozdrobnienia tematu obejmuję wspólnem mianem formy ostre i podostre. Te dwa podziały stwarzają cztery kliniczne obrazy choroby 1) gonorrhoea inferior acuta s. recens, 2) gonorrhoea inferior chronica, 3) gonorrhoea ascendens acuta s. recens i 4) gonorrhoea ascendens chronica.

Podział anatomiczny na wiewióra dolnego i wstępującego ma niezmierną doniosłość, jako że dwa te typy cierpienia są wielce do siebie niepodobne.

Wiewiór, rozgrywający się poniżej ujścia wewnętrznego, jest chorobą przykrą i uporczywą, wywołuje niekiedy przemijającą niepłodność, przenosi się na zdrowych mężczyzn i jest dla oczu rodzącego się dziecka niebezpieczny, nie odbiera jednak kobiecie zdolności do pracy, nie skraca jej życia, a co ważne, jest uleczalny; natomiast wiewiór, przewędrowawszy ponad ujście wewnętrzne, wywołuje objawy groźne, sprowadza prawie zawsze stałą niepłodność, czyni kobietę niejednokrotnie kaleką i zwykle stanowi cierpienie nieomal nieuleczalne. W pierwszej postaci jest więc wiewiór chorobą lekką, w drugiej bardzo ciężką.

Zadaniem lekarza jest rozpoznać wcześnie wiewióra dolnych części i odpowiedniem postępowaniem uchronić kobietę, o ile to się da, od przeniesienia się choroby w górę. A nieszczęście to stać się może nawet po upływie miesięcy i lat od pierwotnego zakażenia.

I. Uwagi o rozpoznawaniu.

a) Wiewiór ostry dolnych części (gonorrhoea inferior recens). Zakażenie następuje w przeważnej liczbie przypadków »per coitum impurum«. Okres wylęgania się (inkubacya) trwa niezmiernie krótko, co jednak zależy do pewnego stopna od ilości zaszczepionych gonokokków. Jeśli mimo to utrzymuje się zapatrywanie, że choroba rozpoczyna się dopiero w tydzień po zakażeniu, to pochodzi to stąd, że objawy jej dojść muszą do pewnego natężenia, zanim je kobieta spostrzeże.

Pierwszemi znamionami choroby są: zapalenie błony śluzowej cewki moczowej (urethritis) i błony śluzowej szyjki (endometritis cervicalis). Dołącza się do nich niekiedy zajęcie przewodów gruczołów Bartholiniego.

Przedmiotowe objawy są zawsze bardzo wybitne, podmiotowe czasem jaskrawe, często jednak uderzająco małe. Badając chorą w pierwszych dniach po wystąpieniu choroby, spostrzegamy przy oglądaniu sromu u niektórych osób obrzęk warg mniejszych i strzępków błony dziewiczej przy rozlanem zaczerwienieniu przedsionka, u wielu innych jednak, zwłaszcza tych, które dbają o czystość, zadrażnienia tego niema wcale. Ilość ropy w przedsionku bywa rozmaita. Niekiedy bywa jej bardzo dużo, a wtenczas, o ile kobieta nie zmywa się ciągle, zasycha ta wydzielina w postaci strupków na wargach większych i na włosach.

Oczyściwszy srom z wydzieliny, spostrzegamy, że ropa sączy się z dwóch miejsc: z cewki moczowej i z pochwy. Ropienie z cewki stwierdzamy często dopiero po wyciśnięciu z niej wydzieliny palcem, wprowadzonym do pochwy. Z cewki wypływa wówczas lub zjawia się w jej ujściu

kropla gęstej żółtej ropy. Usunąwszy tę ropę, widzimy błonę śluzową cewki jaskrawo-czerwoną; wypukla się ona nieraz poza ujście.

Źródło ropnego wypływu z pochwy stwierdzamy po wprowadzeniu wziernika i oczyszczeniu pochwy z wydzieliny. We wszystkich nieomal przypadkach (u osób dorosłych) uderza nas, że pochwa przedstawia się zupełnie prawidłowo, że natomiast w ujściu zewnętrznem spostrzegamy krwawo-czerwoną plamę wypuklającej się błony śluzowej i ropę, sączącą się z tego ujścia. Dotknięcie palcem części pochwowej sprawia uczucie bólu; część pochwowa jest grubsza i pulchniejsza.

Dodatkowo możemy niekiedy znaleźć sprawę ropną w przewodach gruczołów przedsionkowych (Bartholiniego). Ucisnąwszy palcem ten gruczoł od strony pochwy, stwierdzamy, że z otworka, leżącego tuż przy nasadzie błony dziewiczej, wypływa ropa takasama, jak z cewki. Ale fakt ten nie jest bynajmniej regułą.

Badanie przedmiotowe uczy nas więc, że wiewiór nie wywołuje u kobiety zapalenia zakaźnego sromu i pochwy. Wielka ilość spływającej ropy może doprowadzić do zmacerowania pokrywy nabłonkowej i do chemicznego zadrażnienia, objawiającego się obrzękiem i zaczerwienieniem, ale nie mamy wówczas prawa mówić o wiewiórze pochwy lub sromu. Prawdziwy wiewiór tych miejsc u osób dorosłych należy do rzadkości.

Podmiotowy stan chorej może być w tym ostrym okresie cierpienia zupełnie dobry, zwłaszcza jeśli niema obrzęku warg i zadrażnienia sromu. Niektóre kobiety żalą się na objawy ze strony narządu moczowego; najczęściej słyszymy, że dokucza im palenie lub kłucie przy oddawaniu moczu, i to najwyraźniej w chwili, kiedy mocz zaczyna płynąć. Inne twierdzą, że muszą prędzej mocz oddawać; jeszcze inne żalą się na ból pod koniec oddawania moczu i na uczucie, jak gdyby ostatnia kropla była szczególnie gorąca. Ale są też i takie, które na nic się nie żalą, mimo niewątpliwego ropnego zapalenia cewki. Objawy podmiotowe mogą więc być u kobiety dziwnie znikome w porównaniu z rozległością cierpienia, stwierdzonego przedmiotowo. I oto pierwsza przyczyna pomyłek rozpoznawczych. Kto sądzi, że ostry, świeży wiewiór u kobiety musi przebiegać wśród dokuczliwych podmiotowych objawów, ten łatwo zbłądzi w rozpoznaniu.

Drugą przyczyną, dla której często popełnia się błędy, jest to, że się nie należycie szuka objawów przedmiotowych. Nieraz lekarz, słysząc o bolach przy oddawaniu moczu, każe chorej przed badaniem oddać mocz, i to w jednej porcyi, co jest z trzech względów błędem: 1) mocz ten spłukuje ropę z cewki, nie można jej przeto przy późniejszem badaniu znaleźć; 2) jeśli mocz w jednej porcyi oddany jest mętny, to nie wie się, czy zmącenie pochodzi z cewki, czy z pęcherza; 3) nie wie się nawet, czy ropa w moczu nie jest domieszką upławów pochwowych.

W każdym więc przypadku, w którym kobieta wspomina coś o upławach lub o bolu przy oddawaniu moczu, trzeba najpierw zbadać cewkę, macicę i przewody gruczołów przedsionkowych, a potem dopiero kazać oddać mocz, i to w dwóch porcyach. Jeśli się tej ostrożności nie zachowa, a mocz oddany przed przedmiotowem badaniem zawiera zmącenie ropne, wówczas rozpoznaje się błędnie »zapalenie pęcherza« (cystitis). Do tego banalnego rozpoznania ma się tem większą skłonność, nawet tam, gdzie są inne niedwuznaczne objawy wiewióra, ponieważ uporczywie utrzymuje się w kołach lekarskich mniemanie, że wiewiór wywołuje u kobiety zapalenie pęcherza. Tymczasem tak nie jest. Kto bada te przypadki cystoskopem, ten przekonać się może, że u kobiet nawet bardzo ostry wiewiór cewki nie zajmuje pęchęrza, wywołując co najwyżej zadrażnienie jego szyjki. Zmącenie w obu porcyach moczu nie dowodzi też zapalenia pęcherza. Każde zapalenie cewki kobiecej zajmuje ją na całej przestrzeni, przyczem ropa, wytworzona w pobliżu zwieracza pęcherza, może do pęcherza spłynąć.

Tak więc, chcąc uniknąć błędu, należy: 1) nie przywiązywać wagi do wywiadów; 2) badać chorą przed oddaniem moczu; 3) po usunięciu ropy z przedsionka wycisnąć wydzielinę z cewki i przewodów gruczołów Bartholiniego palcem, wprowadzonym do pochwy; 4) po łagodnem oburęcznem badaniu obejrzeć część pochwową we wzierniku, o ile zadrażnienie pochwy na to pozwala; 5) po badaniu przedmiotowem zażądać od chorej oddaniu moczu w dwóch porcyach.

Rozstrzyga, rzecz jasna, badanie drobnowidowe, które w każdym świeżym przypadku wykazuje wielkie ilości dwoinek Neisserowskich, szczególnie w ropie z cewki i z przewodów gruczołów przedsionkowych.

b) Przewlekły wiewiór dolnych części (gonorrhoea inferior chronica). Nawet nieleczony wiewiór cewki kobiecej znika w wielu przypadkach sam przez się. Ostre objawy, a w szczególności ból przy oddawaniu moczu oraz parcie, ustają po mniej więcej tygodniu lub dwóch, błona śluzowa blednie, ilość wydzieliny zmniejsza się, a potem wydzielina zmienia barwę, zrazu na szaro-żółtawą, potem na szarą; wreszcie staje się śluzową i powoli znika. W ten sam sposób wyleczyć się mogą przewody gruczołów przedsionkowych. Tak szczęśliwie nie przebiega nigdy wiewiór szyjki; przechodzi on stale w okres przewlekły, choć i tu ilość i jakość wydzieliny ulegają korzystnej zmianie, a objawy ostrego zapalnego stanu rychło mijają.

Stąd pochodzi, że jeśli badamy nawet nieleczoną kobietę w kilka miesięcy po zakażeniu, możemy nie znaleźć żadnych zmian w cewce i gruczołach przedsionkowych, natomiast zawsze stwierdzamy objawy nieżytu szyjki.

Samowyleczenie się cewki i przewodów gruczołów Bartholiniego nie jest jednak regułą i żadną miarą nie uprawnia nas do nihilizmu leczniczego. Często zdarza się, że wydzielina, zawierająca dwoinki, daje się wycisnąć z cewki i po miesiącach. Ten przewlekły stan w cewce bywa dwojakiego rodzaju: albo cewka przedstawia się mniej więcej prawidłowo, a tylko przez wydzielinę zdradza się jej choroba, albo też mamy przed sobą bijące w oczy zmiany anatomo-patologiczne. W tych ostatnich przypadkach ujście cewki jest szerokie i okrągłe (nie szczelinowate), przyczem wypukla się z niego obrzękła, choć mało, albo wcale nie zaczerwieniona błona śluzowa, palec zaś wprowadzony do pochwy, wyczuwa w miejscu cewki wałek grubości gęsiego pióra lub nawet grubszy i przy dotknięciu tkliwy. Mimo tak wybitnych zmian ilość wydzieliny może być właśnie w tych przypadkach bardzo małą lub nawet może jej wcale nie być. Natomiast przedmiotowe uczucie bólu przy oddawaniu moczu zwykło się w tych przypadkach utrzymywać. Dodać należy, że w niektórych, i to niezbyt rzadkich przypadkach wiewiór cewki przechodzi na gruczoły Skenego. W gruczołach tych wytworzyć się nawet mogą zbiorniki ropy, wypuklające się ku pochwie przez jej przednią ścianę. Uciśnięcie takiego wypuklenia od strony pochwy wywołuje (o ile przewód nie jest zatkany) wypływ ropy przez ujście cewki.

To samo, co powiedziałem o cewce, odnosi się »mutatis mutandis« i do przewodów gruczołów przedsionkowych. I w nich utrzymywać się może przez długi czas zakażenie, a że przewody te w przypadkach zapalenia często się zamykają, przeto i długi czas po zakażeniu dojść może do wytworzenia się ropnia tego przewodu.

Rozpoznanie przewlekłego wiewióra dolnych narządów jest znacznie trudniejsze, niż rozpoznanie świeżej sprawy. Tam, gdzie utrzymują się zmiany w cewce i przewodach gruczołów przedsionkowych obok przewlekłego nieżytu szyjki, błąd rozpoznawczy jest prawie wykluczony. Do tego stopnia charakterystyczne jest usadowienie się wiewióra w tych trzech miejscach. Naturalnie ten tylko tę »trias« lokalizacyi znajdzie, kto umiejętnie bada i szuka.

Dodaję wreszcie, że i tu rozstrzyga drobnowid; tylko nieraz długo szukać trzeba dwoinek, nim się je znajdzie. I jeszcze jedna uwaga. Na zaczerwienienie okolicy ujść przewodów Bartholiniego, które przypominać mają barwą, kształtem i rozległością plamy na skórze, powstałe po ukłuciu przez pchłę (macula gonorrhoica, der gonorrhoische Flohstich), nie kładłbym zbyt wielkiego nacisku. Nieraz nie widziałem ich tam, gdzie z przewodów dała się wycisnąć ropa wiewiórowa, natomiast spostrzegałam je u kobiet, które nigdy wiewióra nie miały.

Rzecz staje się trudniejszą tam, gdzie cewka i gruczoły przedsionkowe są zdrowe, a trwa tylko nieżyt szyjki. Pomagają wówczas nieco wywiady, mówiące o przebytem zapaleniu cewki, o wiewiórze u męża lub o ropnem zapaleniu oczu niedawno urodzonego dziecka, a rozwiązuje zagadkę wykazanie dwoinek pod drobnowidem, które w tych właśnie przypadkach może być bardzo żmudnem.

c) Ostry wiewiór w górnych narządach (gonorrhoea ascendens acuta). Nie mogę w ramach tego krótkiego wykładu wyczerpać opisu klinicznego obrazu tego cierpienia. Zaznaczę tylko, że polega ono na przeniesieniu się zakażenia na jamę macicy, jajowody, a czasem jajniki i otrzewnę. Teraz dopiero rozpoczyna się ciężka i groźna choroba, połączona z gorączką, silnymi bólami macicznymi i jajowodowymi (colica uterina et tubaria) a często i ograniczonem, acz burzliwie rozpoczynającem się zapaleniem otrzewnej. Teraz też dopiero zjawiają się objawy podmiotowe, których było tak dziwnie mało przy zajęciu odcinka dolnego.

Przejście wiewióra z dołu do góry może nastąpić zaraz po zakażeniu; gonokok nie respektuje poprostu baryery ujścia wewnętrznego, tylko nieprzerwanie posuwa się przez szyjkę do jamy macicy i wyżej. Kobieta zakażona ma już w tydzień lub dwa po zaszczepieniu dwoinek ciężkie zapalenie otrzewnej.

Często jednak dzieje się inaczej. Wiewiór przez pewien czas rozgrywa się w swojej typowej dolnej siedzibie. Widocznie na granicy szyjki i jamy różne być muszą warunki biologiczne dla dwoinek, gdyż żadną miarą nie możemy uważać ujścia wewnętrznego za baryerę mechaniczną. Nagle po miesiącach, a czasem i latach, wiewiór przenosi się w górę. Zaczyna się wtedy jakby nowa jakaś choroba, choć nowego zakażenia nie było. Do tego przewędrowania przyczyniają się pewne sprzyjające okoliczności. Mogą niemi być: 1) miesiączka, i to albo pierwsza po zakażeniu, albo jedna z późniejszych, 2) poronienie lub poród i 3) co najsmutniejsze, manipulacye lekarskie bezcelowe i nieostrożne, mające na celu badanie lub leczenie.

Przy miesiączce, porodzie i poronieniu drogą, po której dwoinki wstępują na nowe tereny działania, jest krew, najlepsza ich pożywka, przy rękoczynach lekarskich przeniesienie odbywa się poprostu mechanicznie. Co potem się dzieje, o tem mówi ginekologia w wielu rozdziałach. Któż zresztą z lekarzy nie widział tych nieszczęśliwych kobiet?

Jeśli zajęcie górnego odcinka następuje zaraz w początku choroby, wówczas rozpoznanie jest bardzo łatwe, gdyż opiera się na rozpoznaniu wiewióra cewki i szyjki toczącego się równocześnie. Bóle w podbrzuszu, napady kolki, podniesienia ciepłoty, objawy miejscowego zajęcia otrzewnej przy równoczesnem zapaleniu macicy (metritis) i nieżycie błony śluzowej (endometritis cervicalis) tłomaczą się bez trudu jako wiewiór wstępujący (gonorrhoea ascendens).

Bez wahania rozpoznajemy też to cierpienie u kobiet, które niedawno, n. p. przed paru tygodniami leczyliśmy na wiewióra w dolnym odcinku. Trudniejsze bywa rozpoznanie w połogu, po porodzie lub poronieniu. Sprawa przedstawia się wtenczas zupełnie jak gorączka połogowa, a późniejsze zajęcie otrzewnej można również w ten sam sposób tłomaczyć. Preparat drobnowidowy rozstrzyga wątpliwości, wykazując w przypadkach wiewióra wstępującego olbrzymią ilość dwoinek Neusserowskich prawie w czystej hodowli zamiast drobnoustrojów ropotwórczych, które w septycznej gorączce połogowej znajdują się zawsze w przewadze.

Najtrudniej dojść do prawdy w tych przypadkach, w których wiewióra szyjki, o którym się nie wiedziało, przeniesiono mechanicznie w górę przy badaniu n. p. zgłębnikiem lub nieopatrznem wewnątrzmacicznem leczeniu. Przypuszcza się wtenczas (i słusznie) ropne zakażenie macicy i jajowodów i o ile nie znajdzie się w wydzielinie dwoinek typowych, rozpoznanie pozostać może przez długi czas niepewnem.

Wogóle jednak zapalenia wiewiórowe mają pewne cechy kliniczne, które dla wprawnego ginekologa są znamienne. Zakażenie drobnoustrojami ropotwórczymi (paciorkowiec, gronkowiec) dają cięższy obraz kliniczny, a przedewszystkiem większe zatrucie ustroju toksynami. Zdradza się to szybkiem tętnem, zupełnym brakiem apetytu i upadkiem sił. W wiewiórowych nawet ciężkich zapaleniach np. przy wiewiórowem zapaleniu omacicznem (perimetritis gonorrhoica) ciepłota idzie wprawdzie wysoko do góry, ale tętno jest stosunkowo wolne, apetyt nienajgorszy i ogólny stan mało niepokojący. Uderzają przytem nagłe, krytyczne spadki ciepłoty do poziomu prawidłowego, nie usprawiedliwione odpływem ropy. Paciorkowcowe zapalenie omaciczne (perimetritis streptococcica) i takież cierpienie na tle zakażenia wiewiórowego mogą trwać jednakowo długo, np. sześć tygodni. Ale w przypadkach zakażenia ropnego stwierdzamy nieprzerwalność objawów chorobowych; pacyentka jest ciągle, przez całe 42 dni chorą, gorączkuje raz więcej, drugi raz mniej, ale przez cały ten czas niema dnia, w którymby była zdrową. Zupełnie inaczej w przypadkach wiewióra; ropa, wypłynąwszy na otrzewnę, wywołuje objawy zapalenia z gorączką i niemałymi bólami, ale to zapalenie już nazajutrz albo za kilka dni jest skończone. Tymczasem z jajowodu wypływa nowa porcya ropy na nowe miejsce otrzewnej i nanowo wywołuje objawy zapalne, znowu krótkotrwałe. Takich napadów zapalnych, idących po sobie zrazu w bardzo krótkich, potem w dłuższych odstępach czasu, może być wiele i jeśli cała sprawa trwa n. p. sześć tygodni, to w tym czasie rozegrało się nie jedno zapalenie otrzewnej miedniczej, tylko cały szereg krótkotrwałych, acz burzliwych zapaleń, przedzielonych od siebie zupełnym brakiem gorączki i poczuciem zdrowia. W tej zmienności obrazu chorobowego, w tych krytycznych spadkach ciepłoty i w tych nawrotach jest coś wybitnie dla wiewióra charakterystycznego.

d) Przewlekłe ropne sprawy wiewiórowe w górnym odcinku (pyosalpinx, pyovarium gonorrhoicum itd.). Sprawę tę pomijam z umysłu. Opis tych chorób, ściśle ginekologicznych, nie odpowiadałby celowi tego artykułu.

II. Leczenie.

Pierwsza myśl z chwilą rozpoznania sprawy w dolnym odcinku powinna być poświęcona zapobieganiu przeniesieniu się sprawy w górę. Do czynników, ułatwiających tę zgubną wędrówkę dwoinek ku jajowodom, należy nie na czasie zastosowane lub niewłaściwie przeprowadzone leczenie. Pamiętać trzeba o tem, że sprawa dobrze leczona przenosi się stosunkowo rzadko (tylko do 25%) w górę. Chęć zwalczenia choroby lekkiej nie powinna stać się przyczyną choroby ciężkiej.

I tu potrzebny jest w wykładzie podział.

a) Ostre, świeże zakażenie dolnych części. Chora leżeć musi w łóżku. Zaniechać należy wszelkich manipulacyi, mogących ułatwić przejście zakażenia na trzon, a do nich należy bezwątpienia każde dotykanie macicy, która łatwo popada w skurcze i może wśród rozkurczu wciągnąć w głąb wydzielinę szyjki. Nie wolno przeto badać przez pochwę i wprowadzać wziernika. Chora unikać też musi wszelkich podnieceń płciowych.

Dbać natomiast należy o czystość zewnętrznych części płciowych, ażeby nie dopuścić do zadrażnienia sromu. Trzeba więc kilka razy dziennie obmywać srom letnią przegotowaną wodą, rozczynem lapisu (1 : 4000) lub sublimatu (1 : 5000).

W tych wyjątkowych przypadkach, w których i pochwa jest silnie zapalnie zajęta, można bardzo nizkim prądem przy użyciu cewnika Nélatona przepłukiwać pochwę tymiż rozczynami. Ale lepiej i tego uniknąć.

Leczenie miejscowe cewki jest w pierwszych dniach po zakażeniu niepotrzebne, a dla chorej przykre. Przepisać należy dyetę niedrażniącą, podobnie, jak przy nieżycie pęcherza, polecić chorej picie większej ilości płynów i zażywanie leków, jak gonosan, santyl, balsam kopaiwowy itp. Jeżeli chorej dokucza parcie na mocz, zastosować trzeba czopki uśmierzające (extr. belladonnae 0·015 i kodein 0·03). Przed założeniem czopka trzeba jednak obmyć okolicę otworu stolcowego, ażeby wiewióra nie przeszczepić na odbytnicę. Korzystnie też działają nieraz kąpiele nasiadowe ciepłe.

Przez cały czas należy mierzyć ciepłotę. Chora poleży w łóżku tydzień do dwóch. Leczenie miejscowe cewki zacząć trzeba po ustaniu objawów ostrych. Co do tego terminu różne panują przekonania; niektórzy przystępują do tego leczenia już pod koniec pierwszego tygodnia, inni czekają dwa do trzech tygodni. Osobiście wolę czekać dłużej, nie liczę jednak nigdy na dobrowolne wygaśnięcie zakażenia. Używa się wstrzykiwań do cewki, wycierania cewki watą nawiniętą na pręcik i napojoną lekiem, oraz zakładania t. zw. pręcików (bacilli urethrales). W ostrych przypadkach używam tylko wstrzykiwań zapomocą strzykawki, zakończonej miękką gumową nasadką. Najlepiej działają jako leki przetwory srebrowe organiczne, jak protargol, argonina, albargina itp. w rosnących zgęszczeniach. Cewka kobieca znosi silniejsze rozczyny tych leków, niż cewka męska, to też używa się protargolu od 1%—3%, argoniny 1%—2%, albarginy 0·50—1·50%, wszystko w ilości 3—4 cm. Wstrzykiwać należy zrazu codzień, potem rzadziej. Kiedy wydzielina staje się więcej śluzową, doskonałe usługi oddaje ichtyol 1%—4%. Rzadko zachodzi potrzeba używania środków czysto ściągających jak siarczanu cynkowego (zinc. sulfuricum) itd. Wynik leczenia kontroluje się naturalnie badaniem drobnowidowem wydzieliny. Po kilku tygodniach wstrzykiwań powraca zwykle cewka do stanu prawidłowego.

Gorzej jest z wiewiórem szyjki. I tu, a nawet szczególnie tu uważam za konieczne przestrzedz przed przedwczesnem leczeniem. Przez szereg tygodni trzeba rzecz zostawić naturze i czekać na zupełne wygaśnięcie ostrych objawów. Co najwyżej można usuwać wydzielinę zapomocą bardzo ostrożnych przestrzykiwań pochwy letnimi rozczynami środków odkażających, jak sublimat (1 : 5000), nadmanganian potasu (kali hypermanganicum 1 : 3000), azotan srebrowy (1 : 2000). Nawet zakładanie gałek lub tamponów uważam za niepotrzebne i niebezpieczne drażnienie macicy. Wynika z tego, że leczenie świeżego wiewióra szyi jest czysto wyczekujące; do tego stopnia dominuje ponad wszystkiem obawa, że sprawa zakaźna przekroczyć może przy drażnieniu szyjki granicę ujścia wewnętrznego.

Tak samo bezczynne jest leczenie zakażenia przewodów gruczołów przedsionkowych. Obmywanie i kąpiele nasiadowe, oto, co w tym okresie robić można. Ropień, wytworzony w przewodzie przez jego zatkanie się, należy naciąć, a dno leczyć mocnymi rozczynami lapisu lub środków srebrowych organicznych.

b) Wiewiór przewlekły w dolnym odcinku.

Postać tę widujemy, jak wspomniałem, nie często w cewce. Jeśli utrzymuje się w kilka miesięcy po zakażeniu wydzielina, zawierająca dwoinki, ale cewka nie okazuje zgrubienia, wystarczy stosować wstrzykiwania podobnie, jak w przypadkach świeżych i zakładać nadto do cewki pręciki kakaowe lub z tragakanty.

(Stöckel przepisuje: Rp. Jodoformii desodorati 1,00, cocaini muriatic 0,2, butyri cacao qu. s. ut. f. bac. ureth. No X. crassit. 0·5—1 ctm, longit 3—4 ctm. — Przepis Amanna: Rp. Protargoli 2,00, glycerini 2,00, aquae d. 2,00, acidi borici 13,5, tragacanth. 0·75 f. bacilli X. — W pręcikach Stöckela zastąpić można jodoform przez ichtyol). Do pręcików zapisuje się zwykle inne leki, niż do wstrzykiwań; jeśli n. p. przestrzykuje się cewkę protargolem, w pręciku zastosować należy ichtyol itd.

W przypadkach, w których zmiany anatomiczne, jak obrzęk błony śluzowej i zgrubienie cewki, są wyraźne, leczenie to zwykle nie wystarcza. Trzeba wówczas stosować energiczniej działające leki (azotan srebrowy w silnych rozczynach) przez uretroskop, szczególnie na miejsca, okazujące większe zmiany.

Jeżeli zakażenie utrzymuje się przez szereg miesięcy w gruczole przedsionkowym, względnie w jego przewodzie, to mała jest nadzieja, żeby można je było usunąć lekami. Postępując za radą Bumma, wycinam takie gruczoły razem z przewodem, usuwając w ten sposób doszczętnie źródło, z którego zakażenie grozi ciągle cewce, szyjce i... mężczyźnie.

Wiewióra szyjki: zaczynamy leczyć późno, tj. wtenczas, kiedy stracił wszelkie cechy sprawy ostrej. Nawet w tak późnym okresie (tj. w 2—3 miesięcy po zakażeniu) zachować musimy wszelkie ostrożności, ażeby dwoinek nie przenieść do zdrowej jamy macicznej. Pole, na którem ma się rozpocząć leczenie, należy przedewszystkiem uprzystępnić; to też słusznie radzi Bumm rozciąć ujście zewnętrzne u kobiet, które nie rodziły. Na błonę śluzową szyjki i na nadżerkę (erozyę), zajmującą często okolicę ujścia zewnętrznego, należy stosować leki zapomocą pręcika, owiniętego watą. Bezpośrednio przed zastosowaniem tego leku usunąć trzeba śluz, do czego nadaje się rozczyn sody (5%). Po wysuszeniu błony śluzowej szyjki wprowadza się na nią środki srebrowe organiczne, jak protargol 1—4%, argentaminę 1—2% itp. albo lapis (1—5%), albo wreszcie ichtyol (5—15%). Podobnie, jak przy przestrzykiwaniach cewki, dobrze jest często leki zmieniać. Można też kombinować leczenie środkami srebrowymi i ichtyolem, i to w ten sposób, że po zapędzlowaniu szyjki jednym z leków srebrowych wprowadza się do szyjki na dobę strzępek gazy, napojony 10% ichtyolem. Dodam, że środki działające w nieżytach ropnych doskonale, jak np. chlorek cynku, nie są tu wskazane.

Pędzlowań szyjki nie należy stosować zbyt często (z początku co 2, potem co 3—4 dni); trzeba ich zaniechać zupełnie w okresie przedmiesiączkowym. Jeśli użyto środka, po którym wytwarza się strup np. azotanu srebrowego w bardzo silnym rozczynie lub »in substantia« należy czekać, aż strup ten oddzieli się (8—10 dni).

Naturalnie od czasu do czasu szukać należy w wydzielinie gonokoków. Leczenie trwać zwykło długo, ale wyniki jego są dobre, o ile chora lub lekarz nie stracą przedwcześnie cierpliwości.

c) Ostry wiewiór wstępujący (gonorrhoea ascendens).

Leczenie ostrego wstępującego wiewióra właściwie nie istnieje. Chora leży w łóżku ile możności bez ruchu z okładem na brzuchu. Dyetę stosuje się ścisłą i przepisuje się czopki ze środkami narkotycznymi. Wszelkie przestrzykiwania pochwy, tampony itp. czynne zabiegi są w najwyższym stopniu przeciwwskazane. Im mniej się robi, tem prędzej ostry napad przechodzi. Ale i po jego przejściu, mimo, że chora czuje się dobrze, należy ostrożność tę zachować przez czas dłuższy, gdyż skłonność do nawrotów jest tu bardzo duża. I tak zresztą nie zdołamy im zapobiedz, gdyż nie możemy unieruchomić czynnościowo chorych narządów. Każda fala miesiączkowa wywołuje niepokój, a owulacya stwarza nadto ranę w jajniku, przez którą dwoinki wtargnąć mogą w głąb tego narządu (abscessus gonorrh. corporis lutei).

d) Przewlekłe sprawy wiewiórowe w przydatkach macicznych i w jamie macicy.

O leczeniu ich nie mogę się tu rozpisywać, gdyż musiałbym mówić o miesieniu ginekolegicznem, o termoterapii i mechanoterapii, o działaniu wód i kąpieli leczniczych i o metodach operacyjnych. Na jedno wszelako chcę położyć nacisk; do czynnego leczenia tych spraw nie trzeba się kwapić, gdyż w tych przypadkach istotnie i zasadniczo pomódz bardzo trudno, ale niezmiernie łatwo zaszkodzić, i to gruntownie. Ileż to kobiet pokutuje tygodniami w łóżku wskutek tego, że zaczęto u nich leczenie za wcześnie i przeprowadzano je za energicznie.

Kończąc te krótkie uwagi o rozpoznawaniu i leczeniu wiewióra u kobiet, podkreślić pragnę jako ważne następujące punkta:

1) Rozpoznanie tej choroby jest u kobiet znacznie trudniejsze, niż u mężczyzn, raz dlatego, że wiewiór dolnej części (gonorrhoea inferior) często przebiega bez podmiotowych objawów, a powtóre z tej przyczyny, że i przedmiotowe objawy, a przedewszystkiem upławy, tłómaczyć zwykła kobieta, a czasem i lekarz, inaczej.

2) Odpowiedzialność lekarza jest tu ogromna, gdyż złe rozpoznanie i niewłaściwe leczenie przyczynić się mogą do przeniesienia się zakażenia na górny odcinek narządów płciowych. Choroba lekka i uleczalna zamienia się wtedy na ciężką i nieomal nieuleczalną, a kwitnąca młoda kobieta staje się kaleką, niepłodną i do pracy niezdolną.

3) Największym błędem w leczeniu wiewióra u kobiety jest zbytnia pohopność do przewczesnego działania i do zbyt czynnego leczenia. Tymczasem niema tu »periculum in mora«; raczej pamiętać trzeba o haśle »primum non nocere«.

4) Siła lecznicza przyrody wywiera bardzo korzystny wpływ na wiewióra cewki, a poniekąd i szyjki.

5) Lecząc kobietę zakażoną przez męża, trzeba dbać o to, żeby i mąż się leczył; inaczej chora padać będzie ciągle ofiarą reinfekcyi.

* * *

A teraz dodatkowo słów parę o wiewiórze u dziewczątek.

Czasy, w których żyjemy, zwiększą niewątpliwie ilość przypadków tego nierzadkiego zresztą cierpienia, o którem tak mało się wie, może dlatego, że się niem zajmują aż trzy działy medycyny: pedyatrya, ginekologia i nauka o chorobach wenerycznych.

Choroba ta występuje często endemicznie w rodzinach, a czasem w pensyonatach żeńskich lub szpitalach. Zjawić się może nawet u noworodków; najczęściej jednak leczymy dziewczynki między 4 a 12 rokiem życia.

Choroba ma przebieg i lokalizacyę typową. Zaczyna się okresem ostrym, w którym zapalenie z ogromną produkcyą ropy zajmuje cewkę, srom i pochwę. Wargi sromowe takich dzieci są obrzękłe i zaczerwienione, pokryte tu i ówdzie strupami zaschniętej wydzieliny, która też zlepiać może ze sobą wargi większe. Po ich rozwarciu widzimy wargi mniejsze i przedsionek silnie zaczerwienione. Tu i ówdzie spostrzedz można płytkie ubytki nabłonka, pokryte ropą. Skóra aż w pobliże fałdu udowo-sromowego przedstawia często obraz wyprzania (intertrigo). Z pochwy sączy się zielonawo-żółta ropa. Ten stan ostry, któremu towarzyszyć może obrzęk gruczołów pachwinowych i podniesienie ciepłoty, przechodzi rychło w okres przewlekły, który, nawet leczony, ciągnąć się może przez lata. Ropne upławy trwają, acz skąpsze, niż poprzednio; wywołują one świąd w sromie, a przez to i drapanie, które ze swojej strony podtrzymuje zadrażnienie skóry na wargach i nauczyć może dziecko masturbacyi. Od czasu do czasu sprawa zwykła się zaostrzać.

Wiewiór dzieci różni się od takiejże sprawy u dorosłej kobiety przedewszystkiem usadowieniem. Główną siedzibą wiewióra dziewcząteк jest pochwa i srom, a więc miejsca, które u dorosłych z reguły wolne są od zmian chorobowych swoistych. Brak jędrnego, opornego wielowarstwowego nabłonka u dzieci wywołuje zapewne tę uderzającą różnicę. Szyjka maciczna, jakby wynikało ze spostrzeżeń Junga, zwykle jest zdrową, a wstępowanie wiewióra przez trzon do jajowodów należy do bardzo wyjątkowych zdarzeń, podobnie, jak i ropień w gruczole Bartholiniego.

Różnice usadowienia są więc uderzające i trudne do wytłómaczenia. Pojmujemy wprawdzie, dlaczego nabłonek pochwowy nie może obronić się u dziecka od inwazyi bakteryjnej, ale nie rozumiemy, dlaczego jeszcze od niego delikatniejsze nabłonki szyjki i przewodu gruczołu przedsionkowego wychodzą z tej choroby cało.

Wiewiór dziewcząteк jest niezmiernie uporczywem cierpieniem; nierzadko mimo kilka lat trwającego leczenia powraca bez końca. Wreszcie tracimy z oczu dorastającą panienkę i dowiadujemy się od rodziców, że upławy ustały, mimo, że nie leczono dalej. Wszystko przemawia za tem, że z chwilą rozwoju płciowego i rozpoczęcia miesiączki choroba ustaje. Gdyby tak nie było, panny, wychodzące za mąż, mogłyby być dla swoich mężów niebezpieczne. Tymczasem nie słyszymy o takich zakażeniach i mężczyźni zachowują dotąd w całej pełni wyłączny przywilej zakażania żon swoich wiewiórem.

Co odgrywać może rolę leczniczą w okresie rozwoju płciowego?

Może wzmożenie się sił życiowych narządów, wstępujących w okres czynności, może zjędrnienie nabłonków, może wreszcie powołanie do życia ochronnego aparatu biologicznego, tego miejscowego zakładu dezynfekcyjnego kobiecych narządów płciowych. Jasną rzecz ta jednak nie jest.

Rozpoznanie wiewióra dziewcząteк jest bardzo łatwe, gdyż objawy są jaskrawe, a inne choroby, któreby u dzieci takie upławy wywoływały, należą do rzadkości. Ściśle rozpoznaje się rzecz dopiero pod drobnowidem.

Leczenie. W ostrych przypadkach musi dziecko leżeć w łóżku, przyczem dbać należy o częste zmywanie zewnętrznych części płciowych i ochronę skóry (żółta wazelina). Przy obrzęku warg sromowych zastosować można okłady z poczwórnie rozcieńczonego płynu Burowa (alum. acet). W przypadkach przewlekłych trzeba główną uwagę zwrócić na pochwę, w której najuporczywiej trwać zwykło zakażenie. I tu najlepiej działają środki organiczne srebrowe w rosnących zgęszczeniach naprzemian z ichtyolem. Także azotan srebrowy 1 : 5 na 1000 dobre daje wyniki, podobnie jak nadmanganian potasu 0·05%. Do tych przestrzykiwań użyć należy przegotowanego cewnika Nélatona, przystosowanego kalibrem do otworu w błonie dziewiczej. Płyn powinien być letni i wpływać do pochwy pod niskiem ciśnieniem.

W ostatnich czasach stosowano w szczególnie uporczywych przypadkach szczepionki wiewiórowe (arthigon Brucka) i osiągano nimi niekiedy dobre wyniki. Odczyn po wstrzyknięciu tego przetworu może być jednak silny.

A teraz końcowa praktyczna uwaga. Wykazanie wiewióra u dziecka nie dowodzi bynajmniej zgwałcenia lub shańbienia. Zapewne i »stuprum« może to zakażenie spowodować, ale w przeważnej ilości przypadków przenosi się ono palcami, bielizną lub przez używanie zanieczyszczonego ropą wiewiórową nocnego naczynia lub wychodka.

Jest rzeczą lekarza, leczącego wiewióra u kobiety, pouczyć ją o tem, że choroba przenieść się może na dziecko, zwłaszcza, jeśli śpi z matką w łóżku. W obecnych czasach, w których ilość zakażeń u kobiet tak wielce się wzmogła, te zapobiegawcze polecenia, dyktowane troską o dobro dziecka, są niezbędne.

Krótki zarys współczesnego leczenia kiły

napisał

Prof. Dr. F. Krzyształowicz.

Ze wszystkich chorób zakaźnych, na których zwalczanie higiena w czasach wojny musi wytężać swe siły, najważniejsze znaczenie mają dziś choroby płciowe, a w szczególności kiła. Nie potrzeba bliżej objaśniać nawet większości laików, że schorzenie to, samo przez się ciężkie dla chorego w swym przebiegu i groźnych następstwach, jest tak bardzo zaraźliwe dla otoczenia, a co więcej, zagrażające potomstwu. Choroby płciowe rozszerzały się zawsze w czasach wojennych w zastraszający sposób, w wojnie obecnej grozi to jeszcze więcej. Gdy w czasach pokojowych choroby te zwiększały się ilościowo głównie po miastach, to dziś w czasie tej wielkiej zawieruchy wojennej widzi się coraz więcej ognisk po kraju, które doprowadzają do rozwlekania się tych chorób w zatrważający sposób, zagrażając już nie jednostkom, ale ogółowi i przyszłości następnych pokoleń.

W sprawie kiły zaznaczyć należy od lat kilkunastu znaczny postęp nauki, tak w kierunku rozpoznawczym przez odkrycie zarazka, krętka bladego (treponema pallidum), jak i w kierunku leczniczym przez podanie przez Ehrlicha nowego przetworu, t. j. salwarsanu. Wreszcie i odczyn Wassermanna wyjaśnił niektóre kwestye odporności, jakoteż daje czasem wskazówki wśród leczenia kiły. Te postępy właśnie, które datują się od niedawna, pragnę przedstawić w tym szkicu, który w obecnych czasach zdaje się być bardzo na czasie głównie ze względu na to, że i lekarze-praktycy, którzy dawniej mogli nie mieć do czynienia z kiłą prawie zupełnie, a dziś widzą ją prawdopodobnie często i muszą zajmować się jej leczeniem, przyjmą, jak sądzę, chętnie tego rodzaju przypomnienie, a może znajdą i coś nowego, co dziś da się w leczeniu zastosować i na prowincyi.

Kiedy dawniej pisało się zawsze o dwóch lekach wybitnie przeciwkiłowych, t. j. rtęci i jodzie, — dziś mówimy o trzecim, t. j. salwarsanie.

Rtęć uważano od dawnych czasów za środek swoiście w kile działający i opinia ta wcale się nie zmieniła. Salwarsan nietylko nie wyrugował rtęci z naszego skarbca leczniczego, ale raczej umocnił, bo nadzieje pokładane początkowo w działaniach salwarsanu — »sterilisatio magna« wedle pierwotnego zdania Ehrlicha — nie spełniły się w zupełności. Nie wynika wcale z tego, żebyśmy działania salwarsanu nie doceniali lub wyniki osiągane lekceważyli, owszem uznajemy zalety jego działania silnego, ale krótkiego, tak że o ile do tego przetworu jedynie ograniczać się nie możemy, stosujemy go bardzo chętnie i dziś już zupełnie powszechnie obok rtęci, która ma działanie powolniejsze, ale znacznie trwalsze. Dziś zatem postępujemy z reguły w ten sposób, że zaraz z początku po stwierdzeniu nacieku pierwotnego (krętki blade!) stosujemy rtęć jedną ze znanych metod, a wśród tego dodajemy wstrzykiwania salwarsanu. Działamy zatem rtęcią na zakażenie krętkami, które już w chwili pojawienia się nacieku pierwotnego uważamy nietylko za miejscowe, ale ogólne, — a wstrzykiwaniem salwarsanu usuwamy wykwity szybciej, niż rtęcią, co u chorych ze zmianami w skórze i błonach śluzowych, szczególnie jamy ust, ma wielkie znaczenie ze względu na wielką zaraźliwość takich przypadków. Użycie samego salwarsanu bez stosowania rtęci dziś powszechnie zarzucono, gdyż, chociaż przetwór ten wykwity szybciej usuwa, niż rtęć, nawroty jednak są najczęściej wcześniejsze i częstsze, a czasami i cięższe (t. zw. neurorecydywy), niż przy stosowaniu metody mieszanej — salwarsanu i rtęci. Leczenie tą metodą mieszaną zapobiega w niektórych przypadkach całkowicie pojawieniu się nawrotów.

Brak wyraźnych nawrotów, a nawet ujemny odczyn Wassermanna po pierwszem leczeniu, nie uzasadnia zaniechania leczenia następowego. Bez względu na niepojawianie się jakichkolwiek zmian powinniśmy zastosować po upływie najwyżej 6 miesięcy drugie leczenie, przynajmniej rtęciowe, i w takiej samej mniej więcej ilości, jak pierwsze. Po upływie kilku miesięcy (6—8) podajemy zazwyczaj znowu rtęć obok salwarsanu, tak że chory w pierwszych kilkunastu miesiącach od czasu zakażenia powinien się poddać trzykrotnemu leczeniu. Następowe leczenie, jego jakość i ilość zależy od ogólnego stanu chorego, od pojawienia się nawrotów, od jakości odczynu Wassermanna i różnych innych osobniczych warunków chorego. Rozumie się samo przez się, że wystąpienie nawrotu w jakiejkolwiek postaci między wspomnianymi okresami leczenia, zmusza nas do wkroczenia przed przepisanym schematycznie czasem. Przytem kierować się musimy tą zasadą, że w razie pojawienia się zmian we wcześniejszym terminie, niż to mogliśmy przewidzieć, będziemy polecać przetwór działający trwalej, t. j. rtęć.

W przypadkach ogólnych objawów kiły, bardzo wybitnych wysypek, szczególnie guzków sączących lub kłykcin jamy ustnej, zmian zatem bardzo zaraźliwych, można użyć salwarsanu przed rtęcią. Osobiście przekładam zawsze najpierw użycie rtęci w jakiejkolwiek postaci (wcierania, wstrzykiwania), a dopiero wśród tego leczenia stosowanie salwarsanu, gdyż wstrzykiwanie tego środka wywołuje często w przypadkach bardzo obfitych wykwitów znaczne podniesienia ciepłoty i objawy osłabienia — odczyn zatem silny, którego unika się wtedy, gdy już przedtem pewna ilość rtęci dostała się do ustroju. Chociaż zatem zmiany kiłowe ogólne znikają nieco powolniej, przemawiam za wcześniejszem podawaniem rtęci, mając to wrażenie, że działanie salwarsanu jest wtedy wolne od objawów ubocznych, a nie jest mimo to słabsze.

Wiadomo powszechnie, że rtęć bez względu na połączenie i na to, jaką drogą wchodzi do ustroju, przechodzi do krwi w rozpuszczalnem połączeniu z białkiem i że wydziela się w wydalinach i wydzielinach ustroju, jak mocz, kał, ślina, mleko, żółć. To wydzielanie rtęci przez ustrój odbywa się powoli, — tem powolniej, im trudniej rozpuszczalne połączenie wprowadzano do ustroju. To działanie zaś rtęci przez czas dłuższy, chociaż w dawkach mniejszych, ma wielkie znaczenie dla wyników leczenia.

Sposoby stosowania r t ę c i są trojakie: na skórę (wcierania), podskórnie lub śródmięśniowo i wewnętrznie. Do tych sposobów dodać można jeszcze kąpiele sublimatowe, używane tylko w przypadkach wyjątkowych.

Najdawniejszą z trzech wspomnianych metod i najczęściej używaną są w c i e r a n i a rtęci. Zawsze zadawano sobie pytanie, w jaki sposób rtęć wchłania się do ustroju przy tym sposobie leczenia; — odpowiedź i dziś nie jest stanowczą, ale w każdym razie część przechodzi w skórę do jej gruczołów, część zaś dostaje się do ustroju przez drogi oddechowe, jako rtęć parująca z powierzchni skóry. Do wcierań używamy maści szarej (ung. hydrarg. ciner.), zawierającej w sobie trzecią część rtęci, a dwie trzecie tłuszczu; dziś polecamy zamiast zwyczajnej maści szarej inne, sporządzone z tłuszczami nie jełczejącymi (ung. hydrarg. cum resorbino vel cum vasogeno paratum). Istnieją i inne, może wygodniejsze, ale mniej skuteczne przetwory, jak maść kalomelowa, mydło rtęciowe (Unny), Calomel-Ebaga Matzenauera. Zapisuje się maść szarą albo w paczkach po 3—5 gramów, albo w szklanych rurach miareczkowanych.

Rp. Ung. hydrarg. ciner.
resorbin. 3,0
Dent. tal. dos. ad
chart. cerat. N. XXX.
S. Wiadomo

Rp. Ung. hydrarg. ciner.
c. vasogeno 3,0
D. ad tub. graduat.
S. Wiadomo.

Przy tej metodzie zależy na tem, aby zaleconą dawkę rtęci wcierać codziennie w skórę, dlatego przepisujemy cho-

remu dokładnie cały turnus, wedle którego codziennie wciera się w inną część ciała, n. p pierwszego dnia: w obie łydki, drugiego w jedno udo, trzeciego w drugie udo, czwartego w jeden bok (klatki piersiowej, brzucha i pośladek), piątego w drugi bok, szóstego w ręce. Przytem zalecać należy robić wcierania po poprzedniej kąpieli, w ciepłem miejscu, w skórę, gdzie istnieją mięśnie, w skórę ciepłą, ale nie spoconą i przez 10—15 minut, t. j. do chwili, gdy skóra pokryta maścią nie jest błyszcząca, ale raczej matowa i od maści metalowo-szara. Zwraca się przytem uwagę, aby chory wcierał opuszkami nasady dłoni, a nie palcami, gdyż w tym drugim razie dużo maści traci się przez dostanie się jej między palce. Przy wcieraniu nie należy używać znacznej siły, a najlepiej spokojnie, powoli, przy miernym ucisku wsmarowywać różnymi ruchami maść w skórę. Siódmego dnia bierze chory kąpiel ciepłą, przyczem mydłem oczyszcza dokładnie skórę i albo zaraz tego samego dnia rozpoczyna drugą turę, albo dzień jeden przerywa wcierania. Takich cyklów zalecamy zwykle 5—7, t. j. 30—40 wcierań.

Zazwyczaj trzymam się tej zasady, że chory sam powinien robić wcierania; czasami jest to niemożliwe ze względu na stan chorego lub inne okoliczności zewnętrzne, a wtedy może robić ktoś wprawny w tego rodzaju czynności i ręką nie nagą, ale okrytą gumową rękawicą, lub odpowiednim przyrządem.

Do wstrzykiwań podskórnych używano w pierwszym rzędzie sublimatu. Bardzo praktyczny jest rozczyn następujący: Rp. Hydr. sublim. corr. 0,30, Natr. chlor. 1,0 Aqu. dest. 30,0, z którego wstrzykuje się podskórnie w grzbiet codziennie 0,01 sublimatu lub co drugi dzień 0,02. Do rozpuszczalnych należą również połączenia sublimatu z białkiem (hydrarg. albuminatum i hydr. peptonatum), używane tak samo, jak sublimat. Z innych przetworów rozpuszczalnych rtęci są w użyciu hydr. formamidatum i oxycyanatum w rozcz. 1—1·5% i w ilości 1 cm³ na dawkę. Wstrzykiwań takich robi się zazwyczaj 30—40.

Z przetworów nierozpuszczalnych rtęci (kalomel, olej szary) największe uznanie zyskał salicylan rtęci (hydrarg. salicylic.) w zawiesinie, w dawce 0,1 na jedno wstrzykiwanie co tydzień. O ile rozpuszczalne przetwory dają się użyć do wstrzykiwań podskórnych, stosowanych codziennie lub co drugi dzień, o tyle nierozpuszczalne należy wstrzykiwać tylko w mięśnie, i to pośladków, przy zachowaniu odpowiedniej czystości. Skórę wystarczy smarować tylko nalewką jodową bezpośrednio przed wstrzykiwaniem, igłę i strzykawkę jednak należy wygotować, a jeśli się wykonuje wstrzykiwanie u większej liczby chorych naraz, trzeba oczywiście dla każdego użyć igły osobnej. Do wstrzykiwań podskórnych używane igły mogą być cienkie, do miąższowych wstrzykiwań igła musi być grubszą i nieco dłuższą, zwłaszcza że wstrzykujemy zawiesinę wedle przepisu: Rp. Hydr. salicyl. 1,0, ol. olivar. opt. steril. 9,0 lub Hydr. salic. 1,0 Paraff. liquid. ster. 9,0. Podobnie używa się Hydr. thymoloaceticum.

I sublimatu jednak używamy do wstrzykiwań miąższowych wedle przepisu Łukasiewicza w rozczynie 5—10% i stosowanych co 5—7 dni w dawce 1 cm³ płynu (Rp. Mercur. sublim. corr., natr. chlor. ää 0,5, aqu. dest. steril. 10·0).

O ile przy wstrzykiwaniach przetworów rozpuszczalnych nie trzeba zwracać uwagi na ten szczegół, czy przy wkłuciu igły nie przebiło się żyły, o tyle przy nierozpuszczalnych po wkłuciu igły trzeba ze względu na możliwość zatoru płucnego najpierw zobaczyć, czy nie wypływa z niej krew, a dopiero potem płyn wstrzykiwać. Przytem wskazanem jest po wstrzyknięciu, tak podskórnem jak i miąższowem, miejsce wstrzykiwania przez chwilę wymiesić.

Wiadomo powszechnie, jak ważnem i koniecznem podczas leczenia rtęciowego jest utrzymanie czystości jamy ustnej, na co zaraz w początku stosowania rtęci zwrócić trzeba uwagę chorego. Oczyszczenie zębów z kamienia zębowego, wyjęcie wywołujących ropienie dziąseł korzeni i zębów lub plombowanie należy czasem do poleceń wstępnych. Równocześnie z zastosowaniem rtęci zaleca się często (3 razy dnia) czyszczenie zębów zapomocą szczoteczki i past zębowych (Pasta kali chlorici) obok płukania ust (10—12 razy dziennie) wodą z dodatkiem wyskoku czystego lub miętowego, albo z dodatkiem boraksu (2—3%), kwasu borowego (3%), chloranu potasowego (Kali chloric.) (2%) (łyżeczka na szklankę wody) albo rozczynu octanu glinowego (½ łyżeczki na szklankę wody) lub wody utlenionej (2 łyżeczki na szklankę wody). Ze względu na jamę ustną należy u palaczy zalecać zmniejszenie palenia, a gdy wystąpi obrzęk dziąseł, zapisać pędzlowanie raz dziennie dziąseł; Rp. Tinct. ratanh., tinct. gallar. ää 15,0. Przy uwadze ze strony chorego i lekarza w razie wystąpienia większego ślinienia i rozpulchnienia błony śluzowej jamy ustnej, a w szczególności dziąseł, — można uniknąć objawów groźniejszych, jak krwawienia, owrzodzeń dziąseł, języka, a nawet migdałków przez czasowe zaprzestanie podawania rtęci. Podobnie zwracać trzeba uwagę, szczególnie podczas wcierań, na możność wystąpienia rumieni, podrażnień skóry, które podobnie, jak objawy na błonach śluzowych, zmuszają do czasowego podawania rtęci.

Przypady ze strony przewodu pokarmowego występują najrzadziej przy stosowaniu wcierań, chociaż pojawiają się czasami u wrażliwych osób przeczyszczenia, nawet biegunki krwawe. Dlatego przy każdej metodzie podawania rtęci zwracamy uwagę na dyetę, na dobre i zdrowe odżywianie, wstrzymywanie się od napojów wyskokowych, a przynajmniej używanie ich w bardzo małych ilościach (nieco piwa lub wina), unikanie potraw, drażniących przewód pokarmowy, stosując się do indywidualności chorego. Podobnie życie chorego, szczególniej podczas leczenia, powinno być uregulowane, spokojne, bez wysiłków fizycznych lub umysłowych.

Ze względu właśnie na to działanie drażniące rtęci na przewód pokarmowy podawanie wewnętrzne rtęci jest dosyć ograniczone. Najdawniej podawano sublimat (Rp. Hydr. bichlor. corr. 0,20, natr. chlor. 2,0, succ. et pulv. liquir. ana qu. s. ad pill. N. 50. S. 3—4 pigułki dziennie). We Francyi używany jest w szczególności: Rp. Hydrarg. jodat. flav. 2,50 succ. et pulv. liquir. qu. s. ad pill. N. 50 S. 1—2 pig. dziennie. Częściej stosuje się: Rp. Hydr. tannic. oxydulat. 4,0, extr. opii aqu. 0,40, pulv. et succ. liquirit. q. s. ad pill. N. 100. S. 3—5 pigułek dziennie. W nowszych czasach używa się gotowych już kapsułek mergalu (hydr. cholic. oxydat.) lub pastylek merlusanu, po 2—3 sztuk dziennie. Podawanie wewnętrzne rtęci musi trwać dłużej, niż wcierania lub wstrzykiwania, gdyż sposób ten jest słabszy w działaniu, niż poprzednie. Dlatego metody tej używamy jako pomocniczej, czasami uzupełniającej, lub też w przypadkach wyjątkowych, gdy z jakichkolwiek względów leczenie energiczniejsze nie daje się przeprowadzić.

Wspomniałem już, jakie znaczenie ma dziś salwarsan w leczeniu kiły, — stosujemy go zatem obecnie szczególnie z początku obok rtęci bardzo często. W ostatnich czasach stosuje się salwarsan tylko w postaci wstrzykiwań do żyły; wstrzykiwania podskórne i śródmięśniowe zarzucono zupełnie, a chociaż wlewania do żył są technicznie trudniejsze, to jednak nie sprowadzają żadnych miejscowych odczynów, tak ciężkich po innych wstrzykiwaniach. Z początku używano do wstrzykiwań salwarsanu, który ma tę wadę, że rozpuszcza się trudniej, niż później podane przez Ehrlicha neosalwarsan i salwarsan sodowy (salvarsan-natrium). Następnie rozczyn salwarsanu musimy zobojętniać zapomocą 15% ługu sodowego, wedle odpowiedniego przepisu, co utrudnia całe postępowanie. Neosalwarsan zaś działa znacznie słabiej, dlatego coraz więcej jest w użyciu salwarsan sodowy (salvarsan-natrium), łatwo się rozpuszczający w małej ilości wody. Salwarsan sodowy zatem, jak i neosalwarsan, wstrzykiwać można zwyczajną strzykawką Record w objętości 10 cm³ płynu.

Technika wlewań śródżylnych nie jest trudna przy

pewnej wprawie. Roczyn (w wodzie wyjałowionej lub roztworze soli kuchennej 0,4%) nowych przetworów salwarsanu robić można w samej strzykawce wyjałowionej; wkłucie igły odpowiednio zakończonej, o krótszem niż zwyczajnie ścięciu, nie przedstawia przy pewnej wprawie nadzwyczajnych trudności, szczególnie gdy przy założeniu powyżej łokcia na ramieniu opaski elastycznej, żyły w przegubie łokciowym wystąpią wyraźnie. Do nabrzmienia żył przyczynia się często bardzo wybitnie ruch dłonią, mianowicie składanie w pięść i wyprostowywanie palców. Ważną jest również, szczególnie dla mniej wprawnych wskazówka, aby igłą przebić zawsze najpierw skórę, a dopiero potem ścianę żyły, czyli dostawać się do żyły dwuczasowo. Po wbiciu igły do światła żyły widzimy wypływającą krew; wtedy należy opaskę elastyczną zdjąć z ramienia, a do nasadki igły wprowadzić strzykawkę napełnioną płynem i powoli wstrzykiwać. Przed wstrzykiwaniem smaruje się skórę w przegubie łokciowym jodyną, po wyjęciu igły zaś przykłada się kawałek gazy wyjałowionej, który przytrzymuje się przylepcem.

Po wstrzykiwaniu chory powinien leżeć w łóżku kilkanaście, a czasem i więcej godzin ze względu na odczyn, który czasami nawet w gwałtowniejszy sposób wystąpić może. Najczęściej pojawia się lekki ból głowy i podniesienie ciepłoty (nawet do 40° C.) z poprzedzającym dreszczem. Doświadczenie na dużym materyale ostatnich czasów pouczyło mnie, że najwyższe gorączki bywają wtedy, gdy robimy wstrzykiwanie w kile świeżej podczas wybuchu lub przed wybuchem, nie podawszy poprzednio pewnej ilości rtęci (np. 6—10 wcierań), lub wtedy, gdy istnieją wybitne objawy rtęcicy ust, w której, jak wiadomo, wielką rolę odgrywają krętki ust (spirochaete buccalis). Zmiany w jamie ustnej, wywołane rtęcią, ulegają często poprawie po wstrzykiwaniu salwarsanu. Z innych następstw wymienić należy nudności, wymioty i biegunki. Dlatego obok leżenia w łóżku zalecamy choremu lekką dyetę, zmniejszenie palenia tytoniu, środek przeczyszczający w dniu poprzedzającym wstrzykiwanie i spokój. Rzadko bardzo spotyka się po wstrzykiwaniach wysypki na skórze.

Za przeciwwskazanie uważa się ciężkie schorzenia układu naczyniowego, choroby nerek i wątroby. Dlatego w każdym przypadku powinno się badać przed wstrzykiwaniem głównie te narządy. Białko w moczu, szczególnie w okresie wybuchu kiły, nie jest przeciwwskazaniem, jeżeli nie znajdujemy wybitnego schorzenia nerek, zwłaszcza iż białkomocz może nierzadko być objawem, towarzyszącym wybuchowi zakażenia ogólnego kiłą.

W sprawie dawki salwarsanu zapatrywania autorów nie są zupełnie jednolite; jedni dają jeszcze obecnie początkowe duże dawki (0,60), inni ograniczają się do dawek znacznie mniejszych (0,30—0,40). Na mocy dziś już kilkoletniego doświadczenia dochodzi każdy z autorów do jakichś pewniejszych wyników, ale zdaniem mojem nie ma podstaw do używania dawek dużych, — dziś, gdy stwierdzono, że nie może być mowy o ponownem leczeniu samym salwarsanem, gdy dochodzimy do przekonania, że obok tego przetworu arszenikowego, który, jak wspomniałem, jest znakomitym środkiem pomocniczym, używać musimy rtęci. Dlatego wydaje mi się zupełnie wystarczającem, gdy wśród leczenia rtęciowego użyjemy 2—3 dawek po 0,30—0,40 gr. salwarsanu. Wskazanem jest przytem, aby stosować się do warunków osobniczych chorego i wedle nich czasami, szczególnie pierwsze dawki, znacznie jeszcze obniżać, a stosować je za to w większej liczbie i częściej. Ze względu na możność, chociaż w wyjątkowych tylko przypadkach. zatrzymania w ustroju arszeniku i później działania zbiorowego (kumulatywnego) przy następnych wstrzykiwaniach, przestrzegam z reguły tej zasady, aby między wstrzykiwaniem mijał czas przynajmniej 10 dni.

Trzecim środkiem tak często, szczególnie w kile później czyli t. zw. trzeciorzędnej, używanym, jest j o d, podawany prawie wyłącznie wewnętrznie. Najczęściej zalecamy jod jako jodek potasowy (Rp. Kali jodat. 10,0, aqu. dest. 150,0 S. 2 łyżki dziennie) w dawce 1 grama 2 razy dziennie. u sercowo chorych wolimy podawać jodek sodowy (natr. jodat.), który znoszą chorzy łatwiej, ale który działa słabiej. Ze względu jednak na to, że nierzadko chorzy źle znoszą te przetwory jodowe, a jod brać muszą czas dłuższy, zapisujemy go w innej postaci lub w innych przetworach, n. p. Rp. Kali jod. 0,5 in caps. gelodurat. N. 30. S. 2 razy dnia po 1—2—3 kapsułki; albo do rozczynu jodu dodać można Tinct. bellad. 1,0, przyczem zalecać picie jodu w mleku. Z innych przetworów są w powszechnem użyciu: sajodyna w pastylkach po ½ gr. — jodypina w rozczynie 10% wewnętrznie po 5—10 gr. dziennie lub 25% rozczyn do wstrzykiwań co parę dni, — jodalbacid w pastylkach po 0,5 gr., — jodglidina podobnie, — jodvasogen 6% po 8—12—20 kropli na dawkę, — jothion, wchłaniający się łatwo przez skórę (2—5 gr. na dawkę do wtarcia w skórę), — jodlecithin »Richter« w postaci pigułek. Jeżeli jednak zadziałać chcemy silnie, zastosować należy jodek potasu, którego dawkę podnosić wtedy należy do 4—6—8, nawet 10 gr. na dobę.

Czasami w przypadkach kiły złośliwej lub późnej wskazana jest obok jodu rtęć, z początku zatem, przed zaleceniem leczenia rtęciowego, zapisać można jod z rtęcią: Rp. Kali jod 10,0, deutojodur. hydrarg 0,05—0,10, aqu. dest. 150,0 S. 2—3 łyżek dziennie. Ale chociaż w kile późnej częściej podajemy jod, niż rtęć, nie wynika z tego, abyśmy ograniczali się tylko do jodu, — owszem najczęściej stosujemy w kile późnej rtęć i salwarsan.

Wreszcie wspomnieć należy o jeszcze jednym przetworze, dziś rzadko tylko i przeważnie w uporczywych postaciach kiły późnej używanym, t. j. o wywarze Zittmanna, który jest właściwie słabym środkiem rtęciowym. Zaleca się zaś w ten sposób, że chory pije rano w łóżku 250—500 gr. silniejszego wywaru (D. Z. fortius), na ciepło, poczem zawinięty w koce leży 1—2 godzin, pocąc się silnie, — po południu zaś wypija taką samą ilość wywaru słabszego (D. Z. mitius) na zimno. Zazwyczaj wywar ten wywołuje biegunki, dlatego nie można go podawać u ludzi ze schorzeniem przewodu pokarmowego.

Obok leczenia ogólnego powyżej nakreślonego stosujemy często i m i e j s c o w o różne przetwory, aby wykwity bardzo zaraźliwe uczynić nieszkodliwymi. Na naciek pierwotny, szczególnie, gdy istnieje silne owrzodzenie, zalecamy wymywanie benzyną, sublimatem i zakładanie maści tlenku rtęci żółtego lub kalomelu (Hydr. praecip. flav. 0,3:10, vaselin lub Rp. Calomel 0,50, ung. zinc. oxyd. 10). Podobnie w przypadkach obfitych guzków przerosłych i owrzodziałych okresu wtórorzędnego, które tak często widzimy u ludzi, nie przestrzegających czystości, na skórze moszny, na wewnętrznych stronach ud i około odbytu, u kobiet zaś na sromie, — stosować należy częste przemywanie i smarowanie maścią kalomelową 5—10% lub z białego chlorku rtęciowo-amonowego (Rp. Hydr. praecip. alb. 1,0, vasel. flav. 20,0). Tej maści używamy także na wykwity, najczęściej liszajcowate, skóry owłosionej. Kłykciny w jamie ustnej, w szczególności warg, języka i migdałków lub łuków, pędzlować można rozczynem lapisu (Rp. Arg. nitr. 1,0 aqu. dest. 10,0) lub jeszcze lepiej rozczynem sublimatu (Rp. Hydr. bichlor. corr. 0,5, spir. vin. 10,0). Suche nacieki lub uporczywe guzki pokrywać można plastrem rtęciowym, zmienianym co dobę.

W leczeniu dzieci z kiłą wrodzoną uważamy za najlepszy środek k ą p i e l e s u b l i m a t o w e, których używa się u dorosłych tylko wyjątkowo, gdy są zmiany otwarte. (Rp. Hydr. bichlor. corr. 2,0—4,0, spir. vin. rect. 10,0, aqu. dest. 40,0. S. Połowa flaszeczki na jedną kąpiel). Kąpiele stosować należy codziennie lub co drugi dzień. Dzieciom powyżej ½ roku zalecać można wcierania po 1 gr. na dawkę, a miejscowo na różne wykwity wspomniane powyżej maści. Zamiast wcierań używa się także plastrów, którymi oblepia się kończynę, codziennie inną i w innem

miejscu. Wreszcie u rocznych dzieci można robić wstrzykiwania salwarsanu.

Prawie niepodobna zakończyć artykułu o leczeniu kiły bez dodania paru słów o jej zwalczaniu i zapobieganiu rozszerzania się tej straszliwej choroby. Obok kwestyi tak często omawianej, t. j. kontroli prostytucyi, co odnosi się w szczególności do miast większych, należy rozszerzać między ludnością wiadomości o niebezpieczeństwach grożących ze strony chorób wenerycznych, co z jednej strony uchronić może przed zakażeniem, z drugiej w razie choroby zwróci chorego do lekarza, celem odpowiedniego leczenia. Nie potrzeba objaśniać, jak wielkie znaczenie nietylko dla chorego, ale i jego otoczenia, ma wczesne rozpoczęcie leczenia i objaśnienie chorego co do jego zachowania się. Ze względu jednak na odpowiednie leczenie chorych, leczenie jak najdokładniejsze, powinien lekarz ocenić w danym przypadku, czy leczenie daje się przeprowadzić w domu, czy też chory powinien przejść w leczenie w szpitalu. Z tego wynika zatem konieczność jak największej liczby szpitali, chociażby prowizorycznie dla tego celu utworzonych, a przy szpitalach ambulatorya, a nawet dyspensatorya. Wkracza to już więcej w zakres organizacyi odpowiedniego celowi szpitalnictwa (n. p. oddzielenia oddziałów dla prostytutek od oddziałów dla innych kobiet), zasadą tylko powinna być pomoc lekarska jak najlepsza i jak najłatwiej dostępna.

O wiewiórowych i kiłowych schorzeniach narządu wzrokowego

napisał

Prof. K. W. Majewski.

Każdemu lekarzowi wiadomo, jak wielkie niebezpieczeństwa wynikają z chorób wenerycznych dla narządu wzrokowego. Nie dziw, że kiła, jako choroba w całem słowa tego znaczeniu ustrojowa, atakuje między innymi także i narząd wzroku. Ale i wiewiór, chociaż jest w przeważnej liczbie przypadków schorzeniem czysto miejscowem, dosięga oka niejednokrotnie, i to różnemi drogami, a gdy dosięgnie, szerzy w niem zniszczenie stokroć groźniejsze, niż na swoim macierzystym terenie, t. j. na błonie śluzowej dróg moczowo-płciowych.

Znaczenie szkód, jakie choroby weneryczne wywołują w narządzie wzroku, jest choćby dlatego tak wielkiej wagi, że zmysł wzroku odgrywa pierwszorzędną rolę zarówno w życiu jednostki, jak i w gospodarstwie społecznem.

* * *

W szeregu zapaleń oka, występujących na tle zakażenia dwoinkami Neissera, na pierwszem miejscu wymienić należy ropne zapalenie spojówek noworodków [blennorrhoea neonatorum]. Obraz kliniczny tej choroby aż nadto dobrze jest znany nietylko okulistom, ale i każdemu lekarzowi praktycznemu. Dobrze jednak wiedzieć, że istnieją przypadki ropnego zapalenia spojówek u noworodków także nie wiewiórowego pochodzenia, które od prawdziwego ropotoku tryprowego należy odróżnić. Wiadomo, że przed laty niespełna dziewięciu Prowazek i Halberstädter wykryli w przypadkach świeżej, ostrej jaglicy w nabłonkowych komórkach spojówki szczególne twory, które nazwali ciałkami jagliczemi. Później nazwano je wtrętami. Pomimo niezmiernie licznych badań, pomimo udałych prób przeszczepienia wydzieliny i tkanki spojówkowej, zawierającej wtręty, na spojówkę zwierząt, zwłaszcza małp [Bajardi, Hess, Römer, Greeff, Lindner, Addario, Botteri i inni], u których w komórkach nabłonkowych spojówki takie same wtręty powstają, do dzisiejszego dnia nie dostarczono niezbitego dowodu, że twory te stanowią czynnik, wywołujący jaglicę. Nie zdołano dotychczas ciałek jagliczych wyodrębnić w czystej hodowli tak, że i co do ich natury i ich znaczenia zdania są jeszcze zawsze bardzo rozbieżne.

Natomiast pewną jest rzeczą, że zupełnie takie same wtręty, jak w spojówce jagliczej, znaleziono w spojówce noworodków, dotkniętych ropotokiem, nie różniącym się wiele od ropotoku wiewiórowego [Stargardt, Schmeichler i inni]. W przypadkach tych wydzielina spojówkowa z reguły nie zawiera gonokoków, natomiast w przypadkach, gdzie się znajdują gonokoki, z reguły nie można wykazać wtrętów. Postacie mieszane, w których występują wtręty obok gonokoków, należą do wyjątków.

Dalej wykazano istnienie wtrętów komórkowych w błonie śluzowej pochwy u kobiet, których dzieci wkrótce po urodzeniu dostawały ropnego zapalenia spojówek z takimiż wtrętami [Fritsch, Hofstädter].

Wreszcie w ostatniej instancyi znaleziono wtręty komórkowe i w błonie śluzowej cewki moczowej mężczyzn [Lindner] w niektórych przypadkach nieżytowego zapalenia cewki (urethritis catarrhalis non gonorrhoica).

Wracając do ropotoku spojówki noworodków, należy podkreślić, że jakkolwiek jedynie mikroskopowe badanie wydzieliny co do obecności dwoinek Neisserowskich, wzgl. ciałek jagliczych Prowazka, daje nam pewność co do natury zapalenia, to jednak sam przebieg i obraz kliniczny wtrętowego zapalenia spojówki różni się poniekąd od ropotoku wiewiórowego. Przedewszystkiem dłuższy jest okres wylęgania. Zamiast między trzecim a piątym dniem po urodzeniu, jak to zwykle bywa w ropotoku wiewiórowym, pojawiają się pierwsze objawy zapalne w przypadkach ropotoku, wywołanego wtrętami komórkowymi, częstokroć dopiero w 10 dni po urodzeniu, a nawet i później. Przebieg takiego zapalenia jest bądź co bądź o wiele łagodniejszy i krótszy. Powikłania ze strony rogówki występują wyjątkowo. Obrzęk, a potem przerost spojówki ogranicza się częstokroć tylko do załamków. Natomiast bardzo tylko nieliczni autorowie wspominają o pojawianiu się na spojówce noworodków ziarn, podobnych do jagliczych i o wytwarzaniu się blizn, do jakich zawsze wiedzie jaglica. Nie przeszkadza im to uważać jaglicę i zapalenie wtrętowe za dwie sprawy etyologicznie identyczne lub co najmniej pokrewne [Herbert, Wolfrum]. Przypuszczają tylko, że spojówka noworodka nie jest jeszcze zdolna do wytwarzania ziarn, jakie powstają na spojówce starszych dzieci i osób dorosłych.

Niektórzy zwracają uwagę na nieżyt nosa (rhinitis), jaki często w trzecim lub czwartym tygodniu trwania zapalenia wtrętowego pojawia się i utrzymuje się przez czas dłuższy [Botteri]. Powikłania tego nie widuje się nawet w najcięższych przypadkach ropotoku wiewiórowego.

Jakkolwiek ważną rzeczą jest wiedzieć, że niekażdy ropotok spojówki jest pochodzenia wiewiórowego, to jednak odmienna etyologia w tym wypadku nie wpływa zasadniczo na sposób leczenia. Tu i tam stosujemy w pierwszym okresie, gdy obrzęk powiek i spojówek jest bardzo silny, a wydzielina rzadka, do popłuczyn mięsnych podobna, częste przemywania i wypłukiwania bardzo słabym rozczynem nadmanganianu potasowego (kali hypermanganicum), albo 2 % protargolem albo wreszcie nawet rozczynem boru [3%] lub soli [6‰]. Gdy po dwóch lub trzech dniach obrzęk się nieco zmniejszy, a wydzielina stanie się szczero-ropną, śmietankowatą i bardzo obfitą, wtedy przechodzimy do wycierania odwróconych spojówek wacikami, maczanymi w świeżo sporządzonym 10% rozczynie protargolu albo w oryginalnym rozczynie elektrargolu. Zabieg ten należy wykonywać raz, a nawet dwa razy dziennie. Oprócz tego trzeba bardzo często [co godzinę, a co najmniej co dwie godziny] starannie i ostrożnie wypłukiwać z worka spojówkowego ropę tak, ażeby przytem nie zadrasnąć rogówki, i zapusz-

czać następnie 1—2% protargol. Gdy po dniach kilku lub kilkunastu obrzęk powiek prawie zupełnie ustąpi, a wydzielina zmniejszy się i przybierze charakter śluzowo-ropnej, przechodzimy do tuszowania spojówek 1—2% lapisem. Niektórzy zaczynają lapisować odrazu z nastaniem drugiego okresu choroby [pyorrhoea], nie stosując wcale wycierań protargolem. I ten sposób leczenia niejednokrotnie wiedzie do celu, zwłaszcza w przypadkach zapalenia wtrętowego.

W ostatnim wreszcie okresie, gdy wydzielina staje się czysto śluzową, nieżytową, zapisujemy już zwyczajne środki ściągające, (jak zincum sulf., zincum sozojodolicum, plumbum aceticum, alumen i t. d.).

Przy takiem leczeniu udaje się nam prawie zawsze nietylko zapobiedz groźnym owrzodzeniom rogówki, ale także doprowadzić spojówkę »ad statum integrum«, bez pozostawienia jakichkolwiek dostrzegalnych blizn.

Wspomnieć muszę jednak, że w roku 1914, przed samym wybuchem wojny, w krakowskiej klinice okulistycznej zaczął stosować Wicherkiewicz w przypadkach bakteryologicznie stwierdzonego wiewiórowego ropotoku spojówek u noworodków szczepionkę przeciwgonokokową [»vaccin antigonoccique curatif« Dmègon], przyrządzaną z zabitych hodowli dwoinek wiewiórowych. Robiono co drugi lub trzeci dzień wstrzykiwania miąższowe w pośladki — zwykle w ilości $^1/_2$ cm^3 — oryginalnej szczepionki, rozcieńczonej małą ilością [1 cm^3] wyjałowionej wody przekroplonej. Wyniki takiego doraźnego uodpornienia czynnego, jak swiadczą historye chorób kilku przypadków, były znakomite; mianowicie uzyskiwano bardzo znaczne skrócenie przebiegu. Wojna i niemożność sprowadzania szczepionki przerwały te doświadczenia, do których należy jednak powrócić, skoro tylko to będzie możliwe.

Gdzieindziej próbowano biernego uodpornienia zapomocą surowic przeciwwiewiórowych [Gian Luigi Colombo], ale bez wybitnych korzyści, zapewne z powodu znacznych różnic biologicznych, jakie zachodzą między poszczególnymi szczepami gonokoków.

Rokowanie, na ogół względnie korzystne, zaciemnia się natychmiast, gdy w przebiegu ropotoku pojawi się naciek na rogówce. Wiadomo, że w takim przypadku nieraz mimo starannego leczenia cała rogówka ulega zupełnemu zniszczeniu, a wtedy w najlepszym razie pozostaje gruba biała blizna i tylko przy sprzyjających warunkach można później zapomocą irydektomii część wzroku przywrócić. Zazwyczaj jednak naciek rychło zamienia się w owrzodzenie, które szerzy się w około i drąży w głąb. Nieraz w ciągu kilkunastu godzin dochodzi do przebicia rogówki i wypadnięcia tęczówki. Zdarzenie to, chociaż zresztą dla oka i dla wzroku bardzo niepomyślne, częstokroć wstrzymuje jednak dalsze szerzenie się wrzodu. Wygojenie polega wtedy na powstaniu tak zwanego garbiaka rogówki [staphyloma corneae], wymagającego następnie leczenia operacyjnego.

Postępowanie lecznicze z chwilą pojawienia się nacieku na rogówce niewiele się zmienia. Tutaj właśnie obowiązuje ogólna zasada, że zmiany rogówkowe, zależne od schorzenia spojówki, leczymy, lecząc spojówkę. To znaczy, że w dalszym ciągu stosuje się protargol, elektrargol, względnie lapis i jaknajczęstsze wypłukiwania, a poza tem zapuszczać należy atropinę dla zapobieżenia następowemu zapaleniu tęczówki i po każdorazowem wypłukaniu zakładać do worka spojówkowego maść przeciwgnilną [ung. thigenoli, airoli, xeroformi, ichthyoli i t.d.].

Wobec groźnych niebezpieczeństw, jakie wiewiórowe zapalenie spojówek noworodków przedstawia dla wzroku, profilaktyka, na szczęście wobec tej choroby nietylko możliwa, ale i nadzwyczaj skuteczna, nabiera niezmiernie wielkiego znaczenia. Ponieważ atoli wykonywanie tej profilaktyki z natury rzeczy jest zadaniem raczej położnika, niż okulisty, dlatego rzecz tę przedstawi Doc. Zubrzycki w osobnym artykule.

Ropienie spojówek u noworodków może poza wymienionemi mieć jeszcze inne przyczyny. Mianowicie może ono między innemi być następstwem zastoju bakteryjnego, wywołanego wrodzoną niedrożnością przewodu nosowo-łzowego. Okoliczność ta bywa często powodem pomyłek rozpoznawczych. Wiadomo, że u zarodka ludzkiego przewód łzowy jest pierwotnie litym, pełnym walcem nabłonkowym, przebiegającym od wewnętrznego kącika powiek do nosa. W osi tego walca powstają następnie wolne przestwory, które stopniowo łączą się, tworząc jednolite światło przewodu. Czasem się zdarza, że kanalizacya ta nie zdąży się dokonać przed przyjściem na świat płodu, W takim przypadku istnieje u noworodka wrodzona niedrożność przewodu nosowołzowego. Zamknięta, nie skanalizowana jeszcze część przewodu znajduje się najczęściej w jego dolnym odcinku, w pobliżu ujścia nosowego. Taki ślepo zakończony przewód staje się rychło zbiornikiem wydzieliny, do której dostają się drobnoustroje ropne i wywołują śluzoropotok woreczka łzowego. W ślad za tem idzie mniej lub więcej silne zapalenie spojówek z wydzieliną śluzoworopną lub nawet szczero ropną. Obraz na pierwszy rzut oka niewiele się różni od ropotoku wiewiórowego. Dlatego w każdym przypadku, zwłaszcza jednostronnego zapalenia ropnego spojówek u noworodka należy pamiętać o możliwości pierwotnego zajęcia woreczka łzowego, którego okolica w początkach zazwyczaj nie bywa nawet obrzmiałą. Wystarczy jednak po wypłukaniu i oczyszczeniu oka z wydzieliny i rozwierając palcami jednej ręki powieki w kąciku wewnętrznym, nacisnąć opuszką małego palca drugiej ręki okolicę woreczka łzowego. Wtedy ropa, wypływająca lub nawet wytryskująca z punkcików łzowych, odrazu sprawę wyjaśnia. Na właściwe rozpoznanie może nas także naprowadzić i to, że dowiadujemy się od rodziców dziecka o łzawieniu, jakie od samego urodzenia istniało po stronie chorego oka, a w każdym razie poprzedziło pojawienie się ropy. Wiadomo, że w prawidłowym stanie noworodek, nawet płacząc, łez nie wydziela, i że pierwsze łzy pojawiają się przy płaczu dopiero w drugim lub trzecim miesiącu życia.

Wrodzoną niedrożność przewodu nosowo-łzowego, a temsamem następowe ropienie, bardzo łatwo usunąć przez metodyczne nagniatanie okolicy woreczka łzowego. Nacisk, wywarty w ten sposób na płynną zawartość ślepego przewodu, wystarcza zazwyczaj do pokonania ostatniej zapory, poczem wydzielina odpływa do nosa i stan zapalny przewodu, jako też spojówek, bardzo szybko ustępuje bez śladu. Rzadko kiedy trzeba uciekać się do przestrzykiwania woreczka łzowego, a tylko wyjątkowo do użycia zgłębnika.

Wracając do wiewiórowego zapalenia spojówek, musimy podnieść, że jeżeli ono u noworodków poważne przedstawia dla oka niebezpieczeństwo, to o wiele jeszcze jest groźniejsze, jeśli dotknie spojówkę osoby dorosłej. U dorosłych jest to jedna z najcięższych chorób ocznych. Zdarza się stosunkowo rzadko, co przy niezmiernem rozpowszechnieniu ostrego wiewióra cewki moczowej nawet poniekąd wydaje się dziwnem. U kobiet zdarza się rzadziej, niż u mężczyzn. Natomiast stosunkowo częstsze są przypadki ropnego zapalenia spojówek u małych dziewczynek, które cierpią na »leucorrhoea vaginae«, przyczem jednak niezawsze daje się w wydzielinie wykazać obecność dwoinek Neisserowskich.

U dorosłych, po krótkim okresie wylęgania, rozwija się zapalenie wiewiórowe niezmiernie szybko i z ogromną siłą. Nieraz w ciągu kilku godzin obrzęk powiek i spojówek dochodzi do olbrzymich rozmiarów, a wtedy po kilku dalszych godzinach już rogówka ulega nacieczeniu, poczem dalszy jej rozpad postępuje niepowstrzymanie. Rokowanie w tej chorobie jest wprost złe, a przynajmniej bardzo niepewne, mimo najenergiczniejszego nawet leczenia. W rokowaniu groźną oznaką jest nietyle ropotok, w każdym przypadku bardzo obfity, ile przedewszystkiem czerwony obrzęk i nabiegnięcie spojówki gałkowej, tak zwana »che-

mosis rubra«, za którą zwykle w ślad idzie zniszczenie rogówki. Tam, gdzie niema chemozy, możemy spodziewać się ocalenia rogówki nawet mimo wielkiego obrzęku powiek i mimo nieustającego ropotoku.

Ponieważ zapalenie to w przeciwieństwie do ropotoku noworodków rzadko występuje na obu oczach równocześnie, przeto pierwszym obowiązkiem lekarza jest zabezpieczyć oko zdrowe przez założenie szczelnego opatrunku. Dobrze nadaje się do tego celu szkiełko zegarkowe lub plasterek miki, który dokoła oka szczelnie oblepiamy leukoplastem albo przytwierdzamy kolodionem. Przez takie okienko możemy stan zdrowego oka codziennie kontrolować. Nie należy jednak pozwalać, żeby z tego okienka sam chory korzystał, lepiej jest zasłonić je nieprzeźroczystą przepaską, a to w tym celu, żeby przez to zmuszać chorego do posługiwania się okiem ropiejącem. Przez samo częste otwieranie oka chorego odpływ ropnej wydzieliny staje się łatwiejszym i niebezpieczeństwo dla rogówki się zmniejsza.

Leczenie nie różni się zasadniczo od tego, jakie stosujemy u noworodków, tylko musi być prowadzone z jeszcze większą energią i starannością. Główną rzeczą jest jaknajczęstsze i jaknajdokładniejsze usuwanie wydzieliny z worka spojówkowego. Do tego nadaje się dobrze rozczyn nadmanganianu potasowego (kali hypermanganicum) 1:500 lub 1:1000, Poza tem wchodzi w grę wycieranie protargolem 10%. a w późniejszym okresie lapis 2%.

Zakażenie wiewiórowe oka przychodzi do skutku nietylko przez przeniesienie wydzieliny, zawierającej gonokoki, z części rodnych na spojówkę, lecz w niektórych przypadkach także drogą przerzutu.

Przerzutowe zapalenie wiewiórowe spojówki należy do rzadkich zdarzeń. Przypadki takie opisali: Haltenhof, Roosbroek, Moll, Marx i inni. Z reguły występuje ono równocześnie z wiewiórowem zajęciem stawów i ma przebieg o wiele łagodniejszy, niż zapalenie wskutek zakażenia od zewnątrz (blennorrhoea conjunctivae ectogenes). Nawiasem można tu nadmienić, że znane są przypadki, gdzie właśnie sam ropotok wiewiórowy spojówek był punktem wyjścia uogólnienia się sprawy zakaźnej i zajęcia następowego stawów [Lucas, Deutschmann, Dahlström, Sobotka i inni].

Częściej spotykamy się z przerzutowem zapaleniem tęczówki na tle wiewióra cewki moczowej [iritis gonnorrhoica metastatica].

Zapalenie tęczówki wiewiórowe również występuje najczęściej w tych przypadkach, w których wiewiór uogólnił się i zajął stawy lub narządy wewnętrzne. Panas zwrócił uwagę, że wiewiór tęczówki prawie nigdy nie nawiedza kobiet. U mężczyzn występuje niekiedy równocześnie na obu oczach i podlega nawrotom, powtarzającym się równolegle z zaostrzeniami wiewióra cewki moczowej lub z nawrotami zapalenia stawów.

Obraz kliniczny przypomina wielce gośćcowe zapalenie tęczówki (iritis rheumatica). Często ciecz wodna krzepnie, tworząc rodzaj galaretowatego wysięku, zasłaniającego źrenicę. Powstają tylne zrosty tęczówki, a niejednokrotnie także zaćmienia w ciele szklistem. Te ostatnie moga po ustąpieniu objawów zapalnych ze strony tęczówki stanowić przyczynę trwałego upośledzenia wzroku.

Leczenie nie różni się niczem od tego, jakie stosujemy w przypadkach ostrego zapalenia tęczówki na tle gośćca lub kiły. Równocześnie wskazane jest oczywiście leczenie cewki moczowej i zwalczanie zakażenia ogólnego.

Do równie rzadkich powikłań uogólnionego wiewióra, a może do rzadszych jeszcze, niż wspomniany wyżej wiewiór spojówki, należy zapalenie przerzutowe gruczołów łzowych (dacryoadenitis gonorrhoica metastatica). Przypadki takie opisali między innymi Causé, Terson i Pes.

* * *

Nie mniej niebezpiecznym wrogiem narządu wzroku, a pod wielu względami może groźniejszym nawet od wiewióra, jest przymiot. Tak jak w ustroju niema prawie narządu ani tkanki, w którejby kiła nie mogła wywołać zmian anatomicznych, tak i w narządzie wzroku, począwszy od zewnętrznych części ochronnych oka, a skończywszy na najwyższych ośrodkach uświadomienia wrażeń wzrokowych w korze mózgowej, niema ani jednej części składowej, któraby bezpośrednio lub pośrednio nie mogła ucierpieć wskutek zakażenia kiłowego. Dawniej uważano soczewkę za jedyną część oka, niedostępną dla jadu kiłowego i zawsze wolną od zmian kiłowych. Ale już w roku 1892 Scherl ogłosił spostrzeżenie, które obaliło tę wiarę w nietykalność soczewki. Chodziło o kilaka tęczówki i ciała rzęskowego, który w dalszym przebiegu zajął także miąższ soczewki, wnikając głęboko między warstwy włókien kory soczewkowej. Poza tem w przypadkach kiłowego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego (iridocyclitis luetica) soczewka wskutek złego odżywienia nieraz się zaćmiewa i powstaje katarakta, która pośrednio jest następstwem zmiany kiłowej.

Kiła w każdym ze swych okresów może wywoływać zmiany w oku.

Przedewszystkiem oko może stanowić wrota zakażenia i pod względem częstości w szeregu pozapłciowych usadowień wrzodu pierwotnego zajmuje trzecie miejsce: po ustach i po palcach. Jak wszystkie zakażenia oczne, mające swe źródło w zanieczyszczeniu przez tarcie palcami, także pierwotna zmiana kiłowa stosunkowo częściej zdarza się na oku prawem, niż na lewem. Siedliskiem wrzodu bywa skóra lub brzeg powiek, spojówka powiekowa, o wiele rzadziej spojówka gałki [spostrzeżenie Róny], a zupełnie wyjątkowo także i rogówka [Jullien].

Znamienne stwardnienie podstawy wrzodu utrzymuje się niezwykle długo, nieraz miesiącami. Jako ostateczny ślad po wrzodzie pozostaje blizna, która czasem, stosownie do położenia, wywołuje bądźto odwinięcie powieki [ectropion], bądźto jej podwinięcie i wrost rzęs [entropion et trichiasis].

Zajęcie sąsiednich gruczołów bywa bardzo wybitne. Jeśli wrzód powstał w okolicy wewnętrznego kącika oka, powiększają się w pierwszym rzędzie gruczoły podszczękowe. Jeśli wrzód znajduje się bliżej kącika zewnętrznego, powiększa się najpierw gruczoł przeduszny (glandula praeauricularis), a za nim idą gruczoły w okolicy ślinianki przyusznej (parotis), dalej gruczoły szyjne aż do rowka nadobojczykowego i aż po wyrostek barkowy (acromion).

Pierwotną zmianę kiłową na oku, tj. na skórze lub na brzegu powieki, możnaby chyba pomieszać z rakiem powieki. Tylko w młodocianym wieku nowotwór rakowy prawie nie wchodzi w rachubę, a zresztą znamienne dla kiły, niebolesne powiększenie i stwardnienie licznych gruczołów, niespotykane przy raku usadowionym na powiece, przechyli rozpoznanie na stronę wrzodu pierwotnego. Nie mówię oczywiście o badaniu histologicznem, względnie o wykazaniu obecności krętków bladych, które rozprasza odrazu wszelkie rozpoznawcze wątpliwości.

W tak zwanym drugorzędnym okresie kiły bierze narząd wzroku częsty i różnoraki udział. Wszelkie rodzaje wysypek kiłowych mogą, co się jednak nie często zdarza, zajmować także skórę powiek.

Najbardziej znamiennym i najczęstszym objawem kiły drugorzędnej na oku jest zapalenie tęczówki. W etyologii ostrego zapalenia tęczówki właśnie drugorzędna kiła zajmuje naczelne miejsce. Kiłowe zapalenie tęczówki występuje zazwyczaj równocześnie z wysypką na skórze i ze zmianami drugorzędnemi na błonach śluzowych, rzadziej poprzedza wystąpienie zmian ogólnych, a czasem stanowi w danej chwili jedyny objaw istniejącego zakażenia kiłowego. W większości przypadków obraz kliniczny kiłowego zapalenia tęczówki nie różni się niczem od innych wysiękowych zapaleń tęczówki (iritis plastica rheumatica, arthri-

tica, gonorrhoica, malarica, etc.) tak, że tylko stwierdzenie innych objawów kiły, względnie dodatni wynik próby Wassermanna uprawnia nas do uznania zapalenia tęczówki za zmianę kiłową. W pewnych przypadkach atoli pojawia się na tęczówce, zazwyczaj w pobliżu brzegu źrenicznego, bardzo dla kiły znamienny, żółtaworóżowy, wystający guziczek, rzadziej dwa lub więcej podobnych guziczków. Towarzyszy im stan zapalny całej tęczówki z tylnymi zrostami brzegu źrenicznego i ze zmętnieniem cieczy wodnej. Guziczki te dochodzą do wielkości ziarna prosa, a nawet ziarna grochu. Są to nacieki kiłowe, równorzędne i równoznaczne z naciekami, jakie powstają w skórze i tworzą guzkową wysypkę kiłową. Stąd ten rodzaj zapalenia tęczówki nosi nazwę zapalenia guzkowego [iritis luetica papulosa, — dawniej określano je niewłaściwą nazwą iritis gummosa].

W przypadkach lżejszych sprawa zapalna ogranicza się do samej tęczówki i po wyleczeniu nie pozostawia po sobie albo żadnych śladów, albo tylko tylne zrosty brzegu źrenicznego lub złogi barwikowe na przedniej torebce soczewki, bez jakiegokolwiek upośledzenia wzroku. Z drugiej strony wiadomo, że bez leczenia lub przy niedostatecznem leczeniu wysiękowe zapalenie tęczówki nawet o średniem nasileniu doprowadzić może do zarośnięcia źrenicy, do jaskry następowej i do zupełnej, niepowrotnej utraty wzroku. Nieraz jednak nawet umiejętne i energiczne leczenie nie może zapobiedz trwałemu upośledzeniu wzroku w przypadkach ciężkich, gdzie sprawa zapalna z tęczówki przechodzi na ciało rzęskowe [iridocyclitis], co zagraża w przyszłości zanikiem gałki ocznej, albo, gdzie odrazu sprawa chorobowa obejmuje całą jagodówkę, a więc obok tęczówki i ciała rzęskowego także i naczyniówkę [uveitis luetica]. Wtedy powstają zaćmienia w ciele szklistem [opacitates corporis vitrei], a zmiany w naczyniówce odbijają się natychmiast na odżywieniu siatkówki i powstaje zapalenie naczyniówki i siatkówki (chorioretinitis), wywołujące nieuchronnie znaczne upośledzenie wzroku i zwężenie pola widzenia. Zazwyczaj jednak tego rodzaju głębsze zmiany występują samoistnie, t. j niezależnie od tęczówki, i to dopiero w późniejszych okresach kiły, przebiegają wtedy przewlekle i niestety opierają się najczęściej wszelkim metodom leczenia swoistego.

O ile spotykamy się ze świeżem, ostro występującem zapaleniem siatkówki [najczęściej retinitis luetica centralis] we wczesnych okresach kiły, to wtedy możemy spodziewać się po energicznem leczeniu swoistem [rtęć i neosalwarsan] jaknajlepszych wyników. Tosamo znakomicie działa nawet sama tylko rtęć w przypadkach ostrego zapalenia nerwu wzrokowego, które zdarza się również we wczesnych okresach uogólnionej kiły. Skutek leczenia jest tutaj tem świetniejszy, że takie zapalenie nerwu wzrokowego bywa nieraz równocześnie obustronne i w kilku dniach doprowadza do zupełnej ślepoty [amaurosis ambilateralis], a na czas wdrożona i z dostateczną energią przeprowadzona merkuryalizacya przywraca choremu nieraz prawidłową bystrość wzroku i prawidłowe pole widzenia. Poza ogólnem leczeniem przeciwkiłowem wskazane są w przypadkach ostrych zapaleń siatkówki i nerwu wzrokowego środki przeczyszczające, środki odwodzące, jak Heurteloup lub pijawki na skroń, leczenie napotne, gorące kąpiele nożne, leżenie w łóżku i ciemnica.

Do rzadszych powikłań wczesnego przymiotu należą porażenia nerwów, zaopatrujących zewnętrzne mięśnie oczne [strabismus paralyticus, diplopia], porażenie źrenicy i akomodacyi. Wszystkie takie zaburzenia dają na ogół rokowanie pomyślne, to znaczy ustępują dość łatwo pod wpływem leczenia swoistego. Zastrzedz się jednak musimy, że w przypadkach kiły złośliwej, n p. we wczesnej kile mózgu, gdzie zaburzenia oczne są tylko echem poważnych nieraz zmian, toczących się w ośrodkach nerwowych, rokowanie zależy oczywiście od przebiegu i zejścia sprawy, toczącej się w mózgu lub na oponach.

Dla uzupełnienia obrazu wczesnych zmian kiłowych w zakresie narządu wzrokowego wspomnieć jeszcze należy o zapaleniach okostnej oczodołu. Takie zapalenie (periostitis orbitalis syphilitica) miewa dla oka bardzo rozmaite znaczenie, zależnie od swej siedziby. Jeśli zajmuje brzeg oczodołu, to nie przedstawia szczególnego niebezpieczeństwa, chyba w dolnowewnętrznej okolicy, gdzie może doprowadzić do zajęcia woreczka i przewodu łzowego. Zapalenie okostnej, usadowione na jednej ze ścian oczodołu, może przez ucisk, z boku wywarty, spowodować przesunięcie gałki ocznej, upośledzenie jej ruchomości, może wzniecić zapalenie tkanki oczodołowej [cellulitis orbitalis] i wywołać następowe wysadzenie oka [exophthalmus]. Wreszcie zapalenie okostnej w okolicy otworu wzrokowego (foramen opticum) zagraża w najwyższym stopniu nerwowi wzrokowemu i w razie niedostatecznego lub spóźnionego leczenia sprowadza ślepotę wskutek zapalenia i następowego zaniku tego nerwu.

Wszystkie wymienione zaburzenia, pochodzące od zapalenia okostnej oczodołowej, stanowią wdzięczne pole do leczenia swoistego, które, usuwając zapalenie okostnej, odwróci nieraz od oka niejedno groźne niebezpieczeństwo.

Niektórzy autorowie [Goldzieher, Wicherkiewicz] opisali przypadki, w których zmiana kiłowa występuje na oku pod maską do złudzenia naśladującą jaglicę spojówki. Niezwykle uporczywe, opierające się używanym sposobom leczenia ziarna (granulacye) w przypadkach tych, odnoszących się do osób chorych na kiłę lub o kiłę podejrzanych, goiły się dopiero po zastosowaniu rtęci i jodu.

W późniejszych okresach kiły oko również często staje się siedliskiem poważnych i groźnych objawów. Kilaki występują na powiekach, czasem zajmują gruczoły Meiboma i naśladują wtedy gradówkę lub jęczmyk (chalazion względnie hordeolum internum). Częściej tworzą się one na samej gałce ocznej, niszcząc twardówkę i wywołując jej przedziurawienie, dla całości oka niebezpieczne. Niemniej groźne dla oka są kilaki, usadowione w tęczówce, w ciele rzęskowem lub w naczyniówce. Nie rozpoznane na czas i nie leczone dość energicznie, mogą one całą gałkę oczną przyprawić o zniszczenie.

Kilaki, powstające na przebiegu nerwów wzrokowych, w okolicy ich skrzyżowania lub pasm wzrokowych, mogą sprowadzić bądźto zupełną ślepotę, bądź też różne rodzaje widzenia połowiczego. Wiele porażeń mięśni ocznych zewnętrznych i śródgałkowych odnosimy do zmian kilakowych w ośrodkach nerwowych na podstawie mózgu. O objawach ocznych, jakie towarzyszą parakiłowym schorzeniom środkowego układu nerwowego [wiąd rdzenia, porażenie postępowe] nie ma powodu rozpisywać się w tem miejscu, gdzie chodzi głównie o przedstawienie wcześniejszych przejawów chorobowych, z jakimi się obecnie lekarze muszą spotykać w szerzącej się po kraju epidemii chorób wenerycznych. Niech tylko groźna perspektywa zaniku nerwów wzrokowych na tle wiądu rdzenia stanowi jedno więcej »memento«, zagrzewające nas do walki z tym nielitościwym wrogiem publicznego zdrowia, jakim jest zakażenie kiłowe.

Nietylko kiła nabyta, ale wrodzone lub odziedziczone zakażenie kiłowe [lues congenita et hereditaria] również w wysokim stopniu zagraża narządowi wzroku. Już w łonie matki, u płodów kiłowych, rozwijają się niekiedy poważne schorzenia wewnętrznych błon ocznych. Dzieci takie przychodzą na świat z tylnymi zrostami tęczówki lub nawet ze źrenicą zarosłą wskutek płodowego kiłowego zapalenia tęczówki (iritis luetica intrauterina). W innych razach zmiany rozwijają się w naczyniówce i siatkówce. Całe dno oka jest wtedy gęsto usiane białemi ogniskami zwyrodnienia i czarnymi złogami barwikowymi. Wzrok w tych przypadkach, w najwyższym stopniu upośledzony, graniczy zwykle prawie z zupełną ślepotą.

U dzieci starszych, obarczonych kiłą dziedziczną, spostrzegamy, jak wiadomo, częstokroć miąższowe zapalenie

rogówek [keratitis parenchymatosa vel interstitialis], chorobę uciążliwą, wlokącą się przez długi szereg miesięcy i w wielu przypadkach pozostawiającą pomimo nienagannego leczenia trwałe upośledzenie wzroku. Patogeneza tego zapalenia rogówki i jej stosunek do przymiotu dziedzicznego były w ostatnich latach przedmiotem ożywionej dyskusyi. Wedle najnowszych pojęć zapalenie to ma być przejawem anafilaksyi, a nie bezpośredniem następstwem zakażenia rogówki krętkami bladymi. Zapatrywanie to opiera się na znanem doświadczeniu Wesselyego. Wstrzykiwał on w miąższ rogówki żywego królika jedną lub dwie krople jałowej, przegrzanej surowicy końskiej. Po takim zabiegu powstaje w miejscu wstrzyknięcia krótkotrwały, nieznaczny odczyn zapalny, który po kilku dniach przemija bez śladu. Ale po upływie około 12 dni występuje na nowo zapalenie rogówki, powstają w głębszych warstwach obłoczkowate nacieki, ponad którymi nabłonek staje się matowy. Nacieków tych przybywa coraz więcej, zlewają się ze sobą, aż wreszcie cała rogówka się zaćmiewa, a od brzegów pojawiają się pęczki głębokich naczyń. Zwykle też przyłącza się następowe zapalenie tęczówki. Nacieczenie rogówki dochodzi do szczytu mniej więcej w ciągu dwóch tygodni, poczem zaćmienia zaczynają się stopniowo wyjaśniać, aż wreszcie po upływie dalszych dni kilkunastu cała rogówka odzyskuje pierwotną przeźroczystość. Jak widzimy, obraz kliniczny tego doświadczalnego zapalenia rogówki pokrywa się najdokładniej z obrazem klinicznym miąższowego zapalenia rogówki na tle kiły dziedzicznej u dzieci, tylko przebieg choroby jest znacznie przyspieszony i skrócony.

Owo doświadczalne zapalenie rogówki u królika wyjaśnia się uczuleniem całego ustroju przeciw białku, zawartemu w surowicy końskiej. Niweczniki, wytworzone i krążące we krwi królika, wnikają po upływie dni kilkunastu i do rogówki, w której zalegają jeszcze ślady surowicy końskiej [antygenu], wywołują rozkład obcego białka, a wytwory tego rozkładu stanowią czynnik, wywołujący stan zapalny. Że rzeczywiście nastąpiło uczulenie ogólne, o tem możemy się przekonać, wstrzykując w tymże samym czasie [w 12 dni po pierwszem wstrzyknięciu] minimalną ilość surowicy końskiej w rogówkę drugiego oka. Natychmiast po tem wstrzyknięciu rozwija się bardzo silne miąższowe zapalenie, zajmujące całą rogówkę.

Przenosząc te wyniki doświadczeń na zwierzęciu do patologii ludzkiej, możemy, idąc śladem rozumowań Schiecka, wyobrazić sobie powstawanie miąższowego zapalenia rogówki w sposób następujący: W rogówce dzieci rodziców kiłowych znajdują się złogi antygenu, pochodzącego z krętków bladych, co, jak już dowiedziono, nie wpływa ani na wejrzenie rogówki, ani na jej przeźroczystość. Gdy cały ustrój wytworzył już ciała odpornościowe, przeciw krętkom skierowane, to ciała te nie mogą dotrzeć do owych złogów z powodu leniwej przemiany materyi w rogówce. Gdy dopiero z jakichkolwiek powodów ta przemiana materyi w rogówce się ożywi, [drobne urazy, pryszczykowe zapalenie rąbka spojówkowego, wzmożenie przemiany materyi w okresie pokwitania], wtedy z większym dopływem materyału odżywczego wnikają do rogówki także i niweczniki przeciwkiłowe, a spotykając wśród miąższu rogówkowego złogi antygenu, działają na nie natychmiast i wywołują ich rozkład. Trujące produkta tego rozkładu wzniecają anafilaktyczne zapalenie w postaci głębokich nacieków, które w ślad za wnikającymi niwecznikami pojawiają się na obwodzie, a szerzą się ku środkowi rogówki. W tymsamym kierunku postępuje później oczyszczanie się rogówki w miarę, jak ostatnie resztki antygenu ulegną strawieniu i rozkładowi.

Wiadomo, że w niektórych przypadkach miąższowego zapalenia rogówki niema żadnych danych do przyjmowania kiły dziedzicznej za tło przyczynowe. Próba Wassermanna wypada ujemnie, natomiast na próby tuberkulinowe oddziaływa chory dodatnio. Do takich przypadków możemy z łatwością przykroić teoryę Schiecka, podstawiając w miejsce antygenu z krętków Schaudinna antygen z prątków Kocha.

Emmerich i Loew zauważyli, że chlorek wapnia, podawany przez dłuższy czas w ilości do 3 gr. dziennie, niszczy krążące we krwi niweczniki i zapobiega w niektórych razach wybuchowi pewnych zaburzeń anafilaktycznych. Kto wie, czy, jeśli prawdziwą jest rola niweczników w patogenezie zapalenia miąższowego rogówki, czy metodyczne podawanie chlorku wapnia dzieciom rodziców kiłowych nie chroniłoby ich przed tą ciężką chorobą oczną.

Rozwinięte już miąższowe zapalenie rogówki wymaga, oprócz leczenia swoistego, gorących okładów i zapuszczania atropiny. Po ustąpieniu objawów zapalnych celem wyjaśnienia zaćmień rogówkowych stosuje się środki drażniące, jak żółtą maść rtęciową, dioninę, kalomel i t. d.

Od czasu wprowadzenia salwarsanu i neosalwarsanu do terapii kiły zwracają się często syfilidolodzy do nas okulistów z zapytaniem, czy u danego chorego nie zachodzi przeciwwskazanie dla zastosowania środka Ehrlicha. Ta troska o wzrok chorych, leczonych salwarsanem, jest prawdopodobnie echem smutnych wspomnień, jakie pozostawiły po sobie dawniej używane przetwory arszenikowe, mianowicie atoksyl i arsacetyna, które, jak wiadomo, wywoływały w wielu przypadkach zapalenie i zanik nerwów wzrokowych.

Co do salwarsanu i neosalwarsanu jest już dziś rzeczą pewną, że takich fatalnych skutków ich farmakodynamicznemu działaniu przypisywać nie możemy. Znane są jednak liczne spostrzeżenia ciężkich zmian na dnie oka po większych dawkach salwarsanu [neuritis optica, neuroretinitis, haemorrhagia retinae etc.]. Przypadki takie ogłosili: Terlinck, Schwarz, Fejér, Vollert, Peythieu i inni. Są to jednak tak zwane neurorecydywy, dla których objaśnienia sam Ehrlich podał teoryę, że krętki, ukryte w mniej dostępnych częściach ustroju, n. p. w szpiku kostnym, albo w kanałach Haversa, po wyjałowieniu salwarsanem krwi i przeważnej części innych tkanek uzyskują wyższy stopień jadowitości i wytwarzają toksyny, zdolne wywołać neurorecydywy. Za słusznością tej teoryi przemawia fakt, że neurorecydywy te ustępują po podaniu nowej dawki salwarsanu.

Stąd też okuliści w przypadkach kiłowych zapaleń nerwu wzrokowego, siatkówki i naczyniówki sami chętnie stosują, i często z powodzeniem, obok rtęci i jodu także salwarsan. Jedynie w razie postępującego zaniku nerwów wzrokowych, zwłaszcza w przebiegu wiądu rdzenia, dość powszechne uprzedzenie do wcierań rtęciowych, — które, jak się wydaje, zamiast odwlekać, przyspieszają tylko utratę wzroku, — przeniosło się w miarę wzrastania liczby ścisłych spostrzeżeń także na salwarsan i neosalwarsan. Poza tem nie posiadamy, jak dotąd, wcale ustalonych wytycznych, na podstawie których mielibyśmy ze stanowiska okulistycznego prawo albo obowiązek zakładać bezwzględne »veto« przeciw stosowaniu salwarsanu.

Najpraktyczniejsze sposoby badania drobnowidowego dwoinek wiewiórowych i krętków bladych

napisał

Prof. Dr R. Nitsch.

Barwienie dwoinek wiewiórowych udaje się bardzo dobrze zapomocą błękitu metylenowego Loefflera (z dodatkiem KOH: nasyconego wyskokowego rozczynu błękitu 30 cm^3, 0·01 % ługu potasowego 100 cm^3) lub Kühnego (z dodatkiem kwasu karbolowego: błękitu metylenow. 1,5, alkohol. absol. 10,0, 5 % wody karbolowej 100,0). Dwoinki

barwią się ciemno-niebiesko (prawie czarno), a jądra ciałek ropnych niebiesko. Ropę należy w cienkiej warstwie rozpostrzeć na szkiełku przedmiotowem i po utrwaleniu nad płomieniem zabarwić. Oglądać zabarwiony preparat najlepiej wprost w olejku imersyjnym bez przykrywania szkiełkiem nakrywkowem.

Podwójne zabarwienie otrzymuje się zapomocą metody Pappenheima. Barwik przyrządza się następujący:

Zieleni metylowej (Methylgrün) (00 cryst.)	0.15
Pyroniny	0,25
Alkoholu	2,50
Gliceryny	20,—
Wody karbolowej $1/2$ %	100,—

Barwik ten jest trwały; barwić należy około 5 minut.

Dwoinki Neisssera barwią się ciemno-czerwono, a jądra ciałek ropnych jasno-zielono.

Krętki blade (spirochaete pallida) uwidocznić najprościej zapomocą tuszu (sposób Burriego). Kropelkę tuszu kładziemy na czyste szkiełko przedmiotowe i dodajemy kropelkę płynu, wyciśniętego z miejsca dotkniętego zmianą kiłową. Następnie brzegiem drugiego szkiełka rozprowadzamy szybko i jednostajnie mieszaninę tuszu z płynem po powierzchni szkiełka. Preparat powinien wyschnąć w przeciągu najdłużej 1 minuty. Oglądamy pod imersyą, dając olejek wprost na suchy preparat.

Barwienie metodą Giemsy daje jeszcze najwierniejszy obraz krętków bladych. Na bardzo czystem szkiełku przedmiotowem zasuszamy w możliwie cienkiej warstwie badany materyał. Po wyschnięciu utrwalamy 10 minut w alkoholu absolutnym. Następnie barwimy trwałym barwikiem Giemsy*), rozcieńczonym w wodzie przekroplonej (1 kropla barwika na 1 cm³ wody) przez godzinę. Potem zmywamy wodą i wysuszamy. Oglądamy pod imersyą.

*) Najlepiej posługiwać się gotowym barwikiem z fabryki Grüblera w Lipsku lub Mercka w Darmstadzie.

Barwik ten składa się z 3,0 azur-II-eozyny, 0,8 azuru II, 250 gliceryny chemicznie czystej i 250 alkoholu metylowego chem. czystego. Azur-II-eozynę i azur II suszy się dokładnie nad kwasem siarkowym w eksykatorze, jaknajstaranniej uciera na proszek, przeciera przez gęste sito jedwabne, rozpuszcza mieszając w glicerynie przy 60°, potem dolewa się alkoholu met. o ciepłocie 60°, a po dobie przesącza się barwik.

W sprawie wiewiórowego zapalenia spojówek u noworodków

napisał

Doc. Dr January Zubrzycki.

Zdaniem przeważnej części badaczy następuje zakażenie wiewiórem worka spojówkowego u noworodków albo wśród samego porodu podczas przechodzenia główki przez dolny odcinek kanału rodnego, albo, co częściej, bezpośrednio po porodzie, w chwili, kiedy dziecko przez pierwsze otwarcie powiek umożliwiło zarazkom, znajdującym się na powiekach i rzęsach, dostanie i zaszczepienie się na spojówkę. Powstałe skutkiem tego zapalenie jest bardzo ciężkiem cierpieniem i wywołuje cały szereg groźnych dla oka następstw, z których najgroźniejszem jest ślepota. Według zestawienia Wagnera w roku 1906 na ogólną liczbę ślepych w Austryi w 20·4% powstała ślepota skutkiem trypowego zapalenia spojówek u noworodków. Z noworodków zaś, które zapadły na to cierpienie, oślepło 20·2%. Wystarczają już te cyfry, aby dać pojęcie o skutkach i grozie omawianego cierpienia.

Nic więc dziwnego, że od szeregu lat dążono wszystkimi możliwymi sposobami do wypracowania zapobiegawczych metod postępowania, których zadaniem byłoby nie dopuścić do powstawania śluzoropotoku u noworodków. Pomijając historyczny rozwój metod, jakiemi dzisiaj w tym celu ogólnie się posługujemy, wspomnę tylko, że ojcem ich był Crédé, który już w roku 1880 polecił zakraplanie oczu noworodków zaraz po porodzie 2% rozczynem azotanu srebrowego. Wychodził on z założenia, że rozczyn ten zabija drobnoustroje, które zdążyły już nawet dostać się na spojówkę. Wyniki tego postępowania, stosowanego początkowo tylko w zakładach położniczych, przeszły wszelkie oczekiwania. Odsetek dzieci, które zapadły na t. zw. śluzoropotok oczny, zmalał natychmiast prawie do zera.

Rozczyn jednak azotanu srebrowego, chociaż stosowany tylko w ilości jednej kropli, bardzo silnie zadrażniał oko, wywołując następowo zapalenie spojówki, wprawdzie aseptyczne i nie groźne w skutkach, niemniej jednak niepokojące dla otoczenia i bolesne dla dzieci. Temu też należy przypisać i to, że sposób ten, podany przez Crédégo, nie znalazł szerszego zastosowania u ogółu ludności; temu też należy przypisać dążenie całego zastępu badaczy do zastąpienia 2% rozczynu azotanu srebrowego innymi przetworami.

Z szeregu środków, wypróbowanych przez niemały przeciąg lat, zyskały dzisiaj prawo obywatelstwa: 10% protargol, 5% sofol i 1% octan srebra. Z wymienionych poleciłbym protargol, który jest białkowem połączeniem srebra. Ma on tę wyższość nad oboma wyżej wspomnianymi, że jest objęty lekospisem austryackim i stąd otrzymać go można w każdej aptece; oprócz tego góruje nad sofolem, który jest połączeniem kwasu formaldehydo-nukleinowego ze srebrem, tem, że rozkłada się pod wpływem światła o wiele trudniej i dlatego dłużej w stanie niezmienionym przechować się daje. Pierwsze badania nad działaniem ochronnem protargolu przeprowadził Piotrowski w krakowskiej szkole położnych prof. Rosnera. Z pracy Piotrowskiego wiadomo, że ochronne stosowanie 10% rozczynu protargolu u noworodków obniża odsetek śluzoropotoku do zera, nie wywołując przytem prawie żadnych objawów zadrażnienia spojówek. W klinice położniczej U. J. w Krakowie używa się od szeregu lat dla zapobieżenia ropnemu zapaleniu oczu u noworodków 10% rozczynu protargolu z równie dobrym skutkiem, jak w szkole położnych.

Wyniki klinicznego doświadczenia, które usunęły zupełnie niebezpieczeństwo wiewiórowego zapalenia spojówek u noworodków urodzonych w zakładach położniczych, znalazły oddźwięk i w rozporządzeniach rządowych, wydanych dla położnych. Położne bowiem, będąc czynne przy porodach, w pierwszym rzędzie mogą przeciwdziałać powstawaniu śluzoropotoku u noworodków. W r. 1912 zarządziło ministerstwo spraw wewnętrznych, co następuje: »Położna jest zobowiązana bezpośrednio po urodzeniu się dziecka oczyścić powieki noworodka zapomocą czystej waty, umoczonej w przegotowanej ciepłej wodzie, poczem powinna zapomocą zakraplacza wpuścić do otwartych szpar powiekowych dziecka nierozłożony 10% rozczyn protargolu lub 1% rozczyn octanu srebrowego, nakoniec przemyć oczy dziecka ponownie przegotowaną wodą«. Zarządzenie to, zobowiązujące położną do stosowania środków ochronnych przeciwko śluzoropotokowi u wszystkich bez wyjątku noworodków, bez względu na to, czy są dane do tego, by przypuszczać istnienie wiewióra u matki, znajduje swoje uzasadnienie w trudności rozpoznania u kobiety z całą pewnością wiewióra, a szczególnie jego postaci przewlekłych. Jak więc widzimy, w państwie austryackiem nietylko dzieci, rodzące się w zakładach położniczych, lecz także i dzieci, przychodzące na świat pod opieką położnej, są w zasadzie zabezpieczone przed tak groźnem zakażeniem spojówek.

Ustawa ta z r. 1912 idzie jednak dalej i przewidując pomimo zapobiegawczego postępowania ewentualnie jeszcze wystąpienie zapalenia spojówek u noworodka, mówi, że »w razie pojawienia się u noworodka obrzmienia i zaczer-

wienienia powiek, albo wydzieliny ropnej ze szpary powiekowej, powinna położna usilnie doradzać, aby przyzwano lekarza«. Równocześnie zobowiązana jest położna ustawą z r. 1897, »jeśli krewni chorego dziecięcia nie wezwą lekarza, do doniesienia jak najrychlej zwierzchności gminnej o tej zaraźliwej chorobie oczu«. Ustawy, nakazujące położnym donoszenie odpowiedniej władzy o każdym przypadku śluzoropotoku u noworodków, wydano już przeważnie we wszystkich państwach cywilizowanych. Niektóre nawet państwa, jak n. p. Stany zjednoczone Ameryki północnej, karzą położne za niedoniesienie władzy o każdym przypadku śluzoropotoku u dziecka dwustu dolarami grzywny lub sześciomiesięcznem więzieniem.

Tak więc ustawy państwowe zabezpieczyły, o ile mogły, dzieci, rodzące się pod opieką położnej, przed niebezpieczeństwem wiewiórowego zapalenia spojówek. Pozostaje jeszcze do omówienia los dzieci, rodzących się bez obecności lekarza i położnej, przy pomocy t. zw. »babek« lub nawet bez ich pomocy. Liczba tego rodzaju porodów jest właśnie w Galicyi (a zapewne i w Królestwie) przeważająca i przerażająca. Jak wynika z zestawienia Piotrowskiego, coprawda z r. 1900 (późniejszego zestawienia nie mam pod ręką), w zachodniej Galicyi zaledwo 2% kobiet rodzi w zakładach, 22% rodzi poza zakładem pod opieką położnej, a aż 76% rodzi poza zakładem i bez pomocy położnej. Otóż losem dzieci, urodzonych z kobiet tej ostatniej grupy, rekrutującej się, rzecz zupełnie jasna, z najuboższej warstwy ludności, nie zajęło się u nas dotychczas ani ustawodawstwo, ani też społeczeństwo. Jeżeli zaś zważymy, że właśnie wśród tej warstwy społecznej, jako najmniej uświadomionej, choroby płciowe podczas przeżywanego dzisiaj kataklizmu dziejowego wzmogą się i odsetek wiewiórem dotkniętych kobiet z łatwo zrozumiałych przyczyn wzrośnie niepomiernie, to obowiązkiem naszym jest pamiętać o noworodkach, zrodzonych z tych matek i narażonych na utratę wzroku. Obowiązkiem naszym jest to nietylko z punktu widzenia ludzkości, lecz także z punktu widzenia społecznego. Dążyć bowiem powinniśmy do tego, by na naród nietylko nie wkładać ciężaru utrzymania całego zastępu ociemniałych, lecz przeciwnie, by mu przysporzyć ludzi zdrowych i zdolnych do pracy.

Proponowałbym dlatego doraźne zapoznanie szerokich warstw naszej ludności zapomocą odpowiednio zredagowanych odezw o niebezpieczeństwach i groźnych skutkach śluzoropotoku u noworodków. Dalej uznałbym za wskazane, idąc za przykładem całego szeregu państw i za propozycyą, postawioną już w r. 1903 przez Rosnera, ciągłe i stałe zapoznawanie rodziców każdego nowonarodzonego dziecka zapomocą odpowiednio ułożonych pouczeń o groźnych następstwach śluzoropotoku. Pierwszy rodzaj odezw trzebaby rozrzucić po kraju w tysiącach odbitek, by nietylko naczelnicy gmin o nich wiedzieli, lecz by nie brakło ich w żadnej chacie. Drugie, idąc za wnioskiem Rosnera, radziłbym wręczać za pośrednictwem księdza rodzicom przy chrzcie dziecka. Wśród tych sfer właśnie, o które nam w tej chwili chodzi, stara się rodzina o chrzest zwykle jak najprędzej. I sądzę, że dzieci, u których jużby nawet wybuchło zapalenie wiewiórowe spojówek, jeszcze na czas mogą być dzięki tym odezwom skierowane do lekarza i uratowane od takiego kalectwa, jakiem jest ślepota.

Odezwy te, ułożone w formie pouczeń, powinnyby brzmieć mniej więcej następująco:

»Wielka ilość nowonarodzonych dzieci zapada na zapalenie oka lub oczu. Choroba ta, nie leczona lub zapóźno leczona, wiedzie niezmiernie często do ociemnienia. Wystąpieniu choroby, a więc i ociemnieniu, można na pewne zapobiedz, jeżeli przed wystąpieniem choroby zapuści się do oczu dzieciom odpowiednie lekarstwo (10% protargol). Z rozkazu rządu wszystkim dzieciom, rodzącym się pod opieką lekarza lub akuszerki, zakrapla się oczy tem lekarstwem zaraz po urodzeniu, dzięki czemu na miliony dzieci żadne na żadną chorobę oczu ani na osłabienie wzroku nie zapada. Rodzice każdego nowonarodzonego dziecka mają przeto obowiązek postarać się o to, iżby jak najrychlej po porodzie zakroplono do oczu dziecka zapobiegające chorobom lekarstwo. — Kto tego nie uczyni, naraża dziecko na oślepnięcie, bierze więc na swoje sumienie bardzo ciężką odpowiedzialność.

Każda akuszerka i każdy doktór ma to lekarstwo.

Jeżeliby choroba już wystąpiła, co poznać można po tem, że oko czerwienieje, powieki puchną, dziecko oczu otworzyć nie może, a z pomiędzy powiek wydobywa się mętna ciecz lub ropa (materya), należy natychmiast postarać się o to, żeby doktór mógł zacząć leczyć dziecko. Spóźnienie choćby kilkugodzinne może pociągnąć za sobą takie pogorszenie choroby, że uratowanie wzroku stanie się niemożliwem.

Choroba jest zaraźliwa, i tak z jednego oka na drugie, jak i z dziecka na oczy innej osoby przenieść się może.

Oślepnięcie jest jednem z największych nieszczęść i nikt nie zechce narażać na nie swojego własnego, bezbronnego nowonarodzonego dziecka. Każdy przeto uczciwy i rozumny człowiek zastosuje się do tych wskazówek«.

Oprócz tego pouczenia powinno być wydane drugie obszerniejsze, tłómaczące istotę choroby, dla użytku osób, powołanych do niesienia kultury sanitarnej we wsi polskiej.

Nie łudźmy się, że środkami tymi w zupełności usuniemy niebezpieczeństwo utraty wzroku skutkiem wiewióra w naszym kraju. Znając psychologię naszego ludu, u którego gusła i znachorzy większe mają znaczenie, niż drukowana odezwa, którą lud z niedowierzaniem do rąk bierze i czyta, o ile wogóle czytać chce i umie, nie możemy się spodziewać, byśmy społeczeństwo uwolnili tak rychło od groźnych następstw wiewiórowego zapalenia spojówek. Przecież jednak choćby tylko niewielki wynik osiągnąwszy w przyszłości, będziemy mieć to wewnętrzne poczucie, że w granicach naszych sił i środków dążyliśmy do zwalczania tego strasznego w skutkach cierpienia.

O stosowaniu arthigonu przy wiewiórowem zapaleniu stawów

podał

Dr Zygmunt Dziembowski jun.

z Poznania.

W ostatnich latach stosujemy w leczeniu wiewióra arthigon, szczepionkę, podaną przez prof. Brucka z Wrocławia. W tym czasie wielu autorów pisało o znaczeniu tego środka nietylko pod względem leczenia, ale także i rozpoznawania zachorzeń, wywołanych przez dwoinki wiewiórowe. Sprawa ta zainteresowała nietylko dermatologów, lecz również internistów, okazało się bowiem, że właśnie przy wiewiórowem zapaleniu stawów stosowanie szczepionki Brucka dawało wyniki nader dobre. Specyalnie z punktu widzenia internisty chciałbym pomówić o tej sprawie.

Początkowo stosowano szczepionkę Brucka w ten sposób, że wstrzykiwano ją w mięśnie przy różnych chorobach, wywołanych przez dwoinki wiewiórowe. Wszyscy badacze niemal bez wyjątku stwierdzili, że arthigon w przypadkach zapaleń stawów lub zapalenia najądrza działa bardzo korzystnie. Natomiast skuteczność tego środka przy zapaleniu sterczu (prostatitis), sromu i pochwy oraz przy tryprze szyjki macicy, nie była tak wyraźna, a przy tryprze cewki moczowej nie wywoływał arthigon wcale polepszenia. Szczepionka Brucka okazała się wogóle nieszkodliwą, i tylko w niektórych przypadkach spostrzegano skutki niepożądane. Tak n. p. spostrzegał Föckler zaraz po pierwszem wstrzyknięciu arthigonu w mięśnie napady, podobne do padaczki, Fischer zaś w jednym przypadku stwierdził groźne objawy, wywołane, jego zdaniem, przez ujemne działa-

nie arthigonu na mózg. Zresztą innych objawów, przeciwwskazujących używanie arthigonu, nie zauważono.

Leczenie wiewiórowych zapaleń stawów zapomocą owej szczepionki przeprowadzano pierwotnie w sposób następujący: Jedni autorowie radzili, żeby odczekać zupełnego opadnięcia gorączki i dopiero wtedy rozpocząć wstrzykiwania; inni zaś uważali to za niepotrzebne i stosowali arthigon bez względu na gorączkę. Wstrzykiwano w mięśnie za pierwszym razem 0,5 cm³; w 2—3 dni później, skoro gorączka, wywołana przez wstrzyknięcie, minęła, wstrzykiwano dwa razy tyle, a więc 1,0 cm³, potem 1,5 cm³ i tak dalej aż do 2,5 cm³. Jeżeli po wstrzyknięciu ciepłota znacznie się podniosła i nastąpiły silne objawy ogólne, jak np. zwracanie, ból głowy i osłabienie, to za następnym razem dawki nie zwiększano, lecz powtarzano raz jeszcze tę samą dawkę. Jak to wykazuje piśmiennictwo, wynik tego leczenia był bardzo zachęcający. Ja także stosowałem swego czasu arthigon w ten sam sposób, zawsze z dobrym skutkiem.

Jak już wyżej powiedziałem, miała szczepionka Brucka oddać usługi nietylko jako środek leczniczy, lecz także rozpoznawczy. Przyjrzyjmy się bliżej, co sądzić o tej sprawie. Wstrzyknięcie arthigonu w mięśnie wywołuje podniesienie się ciepłoty taksamo u ludzi zdrowych, jak i u ludzi, cierpiących na zachorzenia wiewiórowe jakiegobądź rodzaju. Atoli wszyscy prawie autorzy przekonali się, że u takich chorych wzrost ciepłoty był niewątpliwie daleko większy. Oprócz tego zauważył pierwszy Bruck, i to właśnie przy zapaleniu wiewiórowem najądrza i stawów, pewne zaostrzenie się objawów miejscowych po wstrzyknięciu szczepionki. Toż samo stwierdził przy zapaleniu wiewiórowem przydatków macicznych. Atoli objawy te nie występowały dość regularnie, by je uważać można za wskazówki rozpoznawcze niezawodne.

Przy dalszych badaniach działania arthigonu zaczęto stosować go śródżylnie, i niebawem doszli badacze do przekonania, że arthigon, stosowany w ten sposób, działa o wiele lepiej. Przyjrzyjmy się najpierw skutkom leczniczym, które osiągnięto zapomocą wstrzykiwania śródżylnego szczepionki Brucka. Pierwsi podjęli badania w tym kierunku Bruck i Sommer. Autorzy ci wstrzykiwali śródżylnie za pierwszym razem 0,1 cm³ arthigonu, dodając fizyologicznego rozczynu soli kuchennej lub też wody aż do 0,5 cm³; mniej więcej po 3—4 dniach, skoro odczyn minął, wstrzykiwali 0,2 cm³, a za następnym razem, znów po 3—4 dniach — 0,3 cm³ i tak dalej, dodając zawsze rozczynu soli kuchennej lub wody aż do 0,5 cm³. Jeżeli odczyn po wstrzyknięciu był nader silny, wówczas nie podwyższano następnej dawki, lecz jeszcze raz wstrzykiwano tęsamą, co poprzednio. Po pierwszych wstrzyknięciach podniesienie się ciepłoty było zazwyczaj bardzo znaczne, lecz przy następnych odczyn ten nie był już tak silny. Nieraz po pierwszem zastosowaniu arthigonu ciepłota podnosiła się bardzo wysoko, po wstrzyknięciu następnem nie podnosiła się jednak wcale. Sam spostrzegałem to niejednokrotnie. Nadmienić przytem trzeba, że im znaczniejszy był wzrost ciepłoty, tem dodatniejszy był wynik leczenia. W tych zwłaszcza przypadkach, w których ciepłota dwa razy się podnosiła, a o których pomówimy jeszcze, działanie środka było najbardziej widoczne i dodatnie. Bruck i Sommer wykazali w swej statystyce, że przez stosowanie śródzylne arthigonu, zwłaszcza przy wiewiórowem zapaleniu stawów i najądrza, skutki były jeszcze lepsze, aniżeli po wstrzykiwaniach szczepionki w mięśnie. Zazwyczaj po pierwszem wstrzyknięciu śródżylnem następowało w przypadkach, opisanych przez tych autorów, lekkie zaostrzenie objawów miejscowych, które atoli wkrótce mijało. Skoro zaś minęło, wówczas następowało polepszenie; ustawała mianowicie bolesność stawów, a wysięk i obrzęk zmniejszały się widocznie. Sądząc z własnych doświadczeń, muszę przyznać zupełną słuszność tym autorom. Stosowałem w wielu przypadkach arthigon podług przepisu Brucka i Sommera śródżylnie i doszedłem do tego samego przekonania, co oni. W dwóch przypadkach atoli zawiódł mnie środek ten zupełnie, a mianowicie u dwóch kobiet, u których w śluzie, pochodzącym z szyjki macicznej, stwierdzić było jeszcze można gonokoki. Atoli zaznaczam, że zachorzenia stawowe u tych chorych (w jednym przypadku zapalenie kolana, w drugim zapalenie pochewek ścięgien ręki) już zupełnie przeszły były w okres przewlekły. Wysięku ani obrzęku nie było prawie wcale, natomiast stwierdzić było można zesztywnienie wskutek zrostów łącznotkankowych. Powrócę jeszcze później do tych przypadków. Jeżeli chorzy gorączkują, to zdaniem Brucka i Sommera arthigon nie jest przeciwwskazany. Autorzy ci bowiem stosowali środek ten śródżylnie pomimo gorączki bez objawów ujemnych, a raczej zawsze z dobrym skutkiem.

Leczenie wiewiórowych zapaleń stawów zapomocą szczepionki Brucka udoskonalił w dalszym ciągu Bardach. Autor ten wstrzykiwał arthigon śródżylnie w kilku przypadkach zapalenia najądrza i stawów, i to w sposób następujący. Stosował on dawki większe i wstrzykiwał regularnie co drugi dzień; szczepionkę rozcieńczał zawsze pięciokrotnie, a więc na jedną część arthigonu przypadało 5 części wody wyjałowionej. Pierwsze wstrzyknięcie wynosiło 0,2 arthigonu, drugie 0,4 cm³, trzecie 0,6 cm³, czwarte 0,8 cm³, a wreszcie piąte 1,0 cm³. Pomimo znacznie większych dawek nie spostrzegał Bardach nigdy złych skutków. Dreszczy znaczniejszych i bólu głowy nie stwierdzał, a na serce, obieg krwi i nerki dawki te nie działały ujemnie; natomiast skutki lecznicze były bezwarunkowo lepsze. Po wstrzyknięciu pojawiała się wprawdzie zawsze silna gorączka, i równocześnie wzmagały się dolegliwości w zachorzałym stawie, atoli wkrótce objawy te znikały, a natomiast następowało znaczne polepszenie pod każdym względem. Ostateczne zaś wygojenie zachorzałych stawów było o wiele wyraźniejsze, aniżeli bez stosowania szczepionki.

Nadmieniam, że Bardach wstrzykiwał nawet jeszcze większe dawki od powyż wymienionych. Stosował on 1,5 cm³, 2,0 cm³ oraz 2,5 cm³ śródżylnie, rozcieńczając zawsze 1:5. Największa ilość płynu, którą w ten sposób śródżylnie wstrzyknął, wynosiła 12,5 cm³. Natomiast inni badacze, a między nimi Lewinski, sprzeciwiają się temu sposobowi stosowania arthigonu, uważając go za niebezpieczny. Zwracają przytem uwagę, że chorzy z wadami narządów oddechowych i krążenia, niemniej osoby słabowite lub osłabione przez inne choroby, nie znoszą większych dawek arthigonu. Jestto zdanie słuszne, gdyż u osób tych odczyn ogólny bywa bardzo silny i osłabia ustrój niezmiernie. Ja sam spostrzegałem po wstrzyknięciu przyspieszenie i nierówność tętna oraz duszność, atoli objawy te nie były groźne. W każdym jednak razie nawet ci autorzy, którzy zalecają ostrożność, przyznają, że działanie arthigonu, gdy go stosujemy śródżylnie, jest nader dodatnie. Lewinski przekonał się nawet, że w takich przypadkach, w których przez wstrzykiwanie w mięśnie nie osiągnięto pożądanego skutku, stosowanie śródżylne natychmiast wywoływało polepszenie. Zdaniem Lewińskiego wystarcza atoli 0,025—0,05 za pierwszym, a 0,3—0,4 za ostatnim razem. Więcej, niż 3—5 wstrzyknięć według niego zazwyczaj wykonywać nie potrzeba.

Prócz wymienionych dotąd autorów sprawą tą zajmowali się także Steinitz, Hecht-Klausner, Papée, Göbel, Farkas, Tedesco, Schultz, Semenow i Boeters. Wszyscy ci autorzy zgodnie uznają, że arthigon działa bardzo korzystnie przy zapaleniu wiewiórowem stawów, jakoteż najądrza. Te dwa powikłania wiewióra najbardziej nadają się zatem do leczenia zapomocą tej szczepionki. Ale środek ten trzeba stosować rychło, bo w tych razach, w których cierpienie już przeszło w okres przewlekły, szczepionka nie działa już tak korzystnie.

O ujemnych stronach arthigonu, okazujących się zwłaszcza, gdy stosujemy go śródżylnie, wspominają Arnold i Hölzel. Stwierdzili oni lekkie zapalenie wsierdzia

po jednorazowem wstrzyknięciu 0,05 arthigonu. Ale dalsze wstrzyknięcia nie zaszkodziły wcale i choroba wkrótce minęła. Lewinski zaś spostrzegał w jednym przypadku po małej dawce arthigonu, wstrzykniętej śródżylnie, groźne objawy zapadu. Niejednokrotnie występowało oprócz tego po śródżylnem stosowaniu szczepionki nagle ostre zapalenie innego stawu lub pochewek ścięgien, jako też najądrza lub sterczu. Zachodzi to jednakże w każdym razie rzadko, a przedewszystkiem trudno tu osądzić, czy właśnie arthigon zawinił. Zdarza się atoli, że wyciek z cewki moczowej staje się obfitszy, a często gonokoki, których w nim stwierdzić już nie było można, znów się pojawiają. Nawet po wstrzykiwaniu w mięśnie można czasem objaw ten napotkać, lecz nie stanowi on powikłania szkodliwego, ani też niebezpiecznego. Nadmieniam tu także, że zapalenie wiewiórowe spojówki po wstrzyknięciu staje się nieraz nieco silniejsze, lecz w każdym razie nie potrzeba się tego obawiać. Zapalenie wiewiórowe spojówki nie stanowi przeciwwskazania dla stosowania arthigonu.

W każdym razie śródżylne wstrzykiwanie arthigonu stanowi postęp bardzo wielki w leczeniu wiewiórowych zapaleń stawów. Szczepionka ta działa tak korzystnie, że mojem zdaniem stosować ją należy w każdym przypadku. Na mocy doświadczeń własnych i przytoczonych doświadczeń wymienionych autorów zalecam też właśnie, by ją stosować śródżylnie. Jedynie u tych chorych, u których w narządach krążenia lub oddechowych znajdujemy zmiany chorobowe, nie należy arthigonu wstrzykiwać do żył, tylko w mięśnie. Taksamo u osób schorowanych i osłabionych. Początkowo zaleca się wstrzykiwać małe dawki według podanych powyżej przepisów Lewinskiego, jeżeli zaś środek okaże się zupełnie nieszkodliwym, wówczas można stosować dawki większe według przepisu Brucka i Sommera. Gorączka, jak to już zaznaczyłem, nie stanowi przeciwwskazania. Przeciwnie, nie radzę się ociągać ze stosowaniem arthigonu, gdyż w przypadkach znajdujących się w okresie przewlekłym, jak to wyłuszczyłem powyżej, szczepionka nie działa już korzystnie. Prócz arthigonu należy stosować naturalnie i inne środki, których dotąd przy zachorzeniach tych używano. W ostatnim czasie podnosił Renisch dodatnie skutki, które osiągał przez śródżylne wstrzykiwanie kollargolu przed śródżylnem wstrzykiwaniem arthigonu. Zauważył bowiem, że jeżeli się zastosuje arthigon dopiero po wstrzyknięciu kollargolu, to działa on z daleko jeszcze lepszym skutkiem. Na mocy własnych doświadczeń zalecam podawać przy zachorzeniach tego rodzaju równocześnie ze śródżylnem stosowaniem arthigonu optochinę »per os«. W jednym przypadku posocznicy wiewiórowej z groźnymi objawami septycznymi połączenie tych dwóch środków okazało się nader skutecznem. Stosowałem te dwa środki dlatego, że optochina, stosowana miejscowo przy wiewiórowem zapaleniu spojówki, działa bardzo korzystnie, coby dowodziło zabójczego działania optochiny na gonokoki.

Jak już powyżej powiedziałem, ma arthigon nietylko znaczenie lecznicze, ale także i rozpoznawcze. Jest to nader ważne, gdyż rozpoznawanie powikłań wiewiórowych niezawsze bywa łatwe. Bruck i Sommer podali dokładny opis odczynu, który następuje po wstrzykiwaniu śródżylnem arthigonu. Stosowali oni tę samą dawkę w celach rozpoznawczych, co przy leczeniu powikłań wiewiórowych, a więc 0,1 cm³. Zazwyczaj odczyn po wstrzyknięciu pojawia się bardzo prędko, najczęściej już w jakie $1/2$ godziny; dreszcz bywa zwykle najpierwszym objawem tego odczynu, potem pojawia się ból głowy, a czasem też mdłości i wymioty. Często spostrzegamy przytem uczucie osłabienia, dzwonienie w uszach, a od czasu do czasu bicie serca i przyspieszenie tętna. Podniesienie się ciepłoty stwierdzić można już wtedy, gdy chory skarży się na dreszcze. U osób, w których ustroju nie ma dwoinek wiewiórowych, ciepłota podwyższa się wprawdzie także, lecz nigdy ponad 1,5° C, natomiast u osób, chorych na wiewiór lub niewyleczone powikłania wiewióra, wzrost ciepłoty wynosi zawsze więcej, niż 1,5° C. Odczyn ten nie trwa zbyt długo; wkrótce bowiem występują poty, gorączka opada, i równocześnie mijają inne objawy. Często przebieg odczynu bywa tego rodzaju, że ciepłota wprawdzie obniża się albo zupełnie, albo tylko o 1°, ale następnie jeszcze w ciągu tego samego dnia, albo dopiero następnego, jeszcze raz się podnosi. Powód tego podwójnego podskoku ciepłoty (Doppelzacke) jest następujący: Skoro szczepionka dostanie się do krwi, wówczas nadwrażliwość ustroju chorego wskutek zakażenia gonokokami wywołuje wzrost ciepłoty. Atoli szczepionka w dalszym ciągu zabija znajdujące się w ustroju gonokoki, a uwolnione wtedy endotoksyny działają jakoby druga dawka szczepionki. Sam stwierdziłem niejednokrotnie ten znamienny rodzaj odczynu. We wszystkich przypadkach, w których odczyn taki się napotyka, zawsze muszą gdzieś w ustroju znajdować się dwoinki wiewiórowe. Znaczenie zatem tego odczynu dla rozpoznawania powikłań wiewiórowych w stawach, gdy dwoinek wiewiórowych stwierdzić już nie można w wydzielinie z cewki moczowej, jest bardzo doniosłe. Myślę więc, że można przyznać słuszność Bruckowi, który utrzymuje, że taki podwójny odczyn gorączkowy znaczy więcej od jednorazowego wzrostu ciepłoty i innych powyżej już opisanych objawów. Zaznaczam, że oprócz ważnej roli, którą ten podwójny podskok ciepłoty odgrywa pod względem rozpoznawania, ma on jeszcze pewne znaczenie pod względem rokowania, gdyż w takich razach stosowanie arthigonu zawsze miewa świetny skutek. Jak to już raz podniosłem, spodziewać się można dobrego wyniku leczenia zapomocą arthigonu także wtedy, jeżeli po pierwszem wstrzyknięciu wystąpi silny odczyn. Przypomnieć jeszcze muszę, że znaczenie dla rozpoznawania może mieć tylko odczyn, wywołany przez pierwsze wstrzyknięcie. Odczyn bowiem po następnych wstrzyknięciach bywa zawsze znacznie słabszy i dlatego znaczenia już mieć nie może. W piśmiennictwie opisano przecież nawet przypadki, w których z wszelką pewnością można było przypuszczać u chorego wiewiór, a pomimo to po arthigonie nie spostrzegano wcale żadnego odczynu; a to dlatego, że kiedyś poprzednio chorym tym już szczepionkę tę wstrzykiwano.

Oprócz odczynu ogólnego występuje, zwłaszcza przy wiewiórowem zapaleniu stawów, odczyn miejscowy. Wkrótce po wstrzyknięciu arthigonu skarżą się chorzy zazwyczaj, skoro podniesie się ciepłota, na zwiększoną bolesność w zachorzałych stawach. Mówiłem już o tem powyżej i zaznaczyłem tam, że to wzmożenie się dolegliwości mija prędko i wtedy następuje polepszenie. W przypadkach, w których sam stosowałem arthigon śródżylnie, zawsze prawie napotykałem ten miejscowy odczyn po pierwszem śródżylnem wstrzyknięciu, a nieraz nawet jeszcze po następnych wstrzyknięciach. Bezwarunkowo, jak to słusznie podnoszą Bruck, Sommer, Bardach i inni, stanowi tu śródżylne stosowanie szczepionki wielki postęp, gdyż odczyn miejscowy bezwarunkowo częściej i pewniej tu występuje. Ważnym jest też ten fakt, że przypadki zapaleń stawów, które już przeszły w okres przewlekły, nie dają takiego wyraźnego odczynu. Arnold i Hölzel, którzy w licznych przypadkach stwierdzili słuszność powyżej wymienionych spostrzeżeń, a mianowicie, że ciepłota po pierwszem wstrzyknięciu podnosi się o 1,5—4,5° C, jeżeli tylko w ustroju znajduje się ognisko wiewiórowe, widzieli w przypadku wiewiórowego zapalenia stawu biodrowego, trwającego blizko już cztery miesiące, wzrost ciepłoty tylko o 1°. Naturalną jest rzeczą, że w takich przypadkach, w których gonokoki już zginęły, odczyn miejscowy i ogólny nie pojawia się tak wyraźnie i znamiennie, jak w tych przypadkach, w których zapalenie ostre stawów jest wywołane przez jadowite dwoinki wiewiórowe.

Arnold i Hölzel zwracają uwagę na inne jeszcze bardzo ważne fakta, o których pamiętać trzeba, chcąc osądzić należycie wynik odczynu, mianowicie, że wiele innych

czynników przyczynić się może do dodatniego wyniku odczynu. Osłabienie ustroju z jakichbądź powodów przyczynia się znacznie do tego, że ciepłota po wstrzyknięciu jeszcze więcej się podnosi. U osób młodych, zwłaszcza słabowitych, a również u kobiet, może ciepłota po śródżylnem wstrzyknięciu 0,1 cm arthigonu podnieść się o 1,5° i więcej nawet, gdy nie ma dwoinek wiewiórowych w ustroju. Taksamo ma się sprawa u osób, dotkniętych przewlekłemi sprawami zakaźnemi, osłabiającemi ustrój; zwłaszcza na gruźlicę baczyć tu trzeba. Należy zatem baczyć na te czynniki i uważać także na to, czy inne objawy odczynu ogólnego, a mianowicie mdłości, wymioty, ból głowy — odpowiednio do wzrostu ciepłoty równie silnie występują. Stwierdziłem sam, wstrzykując kilkunastu kobietom, wolnym od wiewióra, 0,1 cm^3 arthigonu śródżylnie, że niejednokrotnie ciepłota wzrastała o więcej, aniżeli 1,5°. Atoli inne objawy albo wcale nie wystąpiły, albo były tylko lekkie. Trzeba więc u tych osób dawkę odpowiednio zmniejszyć. Arnold i Hölzel podają tu następujące wskazówki. U mężczyzn zdrowych i silnych stosować należy 0,1 arthigonu, u zdrowych i silnych kobiet 0.05, ewentualnie 0,075 cm^3. a u osób słabych lub cierpiących na wymienione powyżej cierpienia tylko 0.025 cm^3. Do takich mniejszych dawek zniewalają nas też zresztą wymienione w ustępie o leczeniu ujemne strony arthigonu. Samo się przez się rozumie, że w takich razach, w których wogóle przeciwwskazane jest śródżylne stosowanie tej szczepionki, nie można też jej stosować w celach rozpoznawczych.

Mówiąc o arthigonie z punktu widzenia internisty, nie mogę pominąć znaczenia, które środek ten osiągnął pod względem rozpoznawania różniczkowego zapalenia kiszki ślepej. Odróżnienie tego cierpienia od zapalenia wiewiórowego przydatków macicznych u kobiet często bywa zadaniem trudnem. Odczyn miejscowy, wywołany przez śródżylne wstrzyknięcie arthigonu przy wiewiórowem zapaleniu przydatków macicznych, może w tych przypadkach oddać ważne usługi i wykluczyć w rozpoznaniu zapalenie wyrostka robaczkowego.

W końcu pragnąłbym przytoczyć inne jeszcze powikłania wiewiórowe, które, choć względnie mało dotąd znane, zainteresować powinny tak internistów, jak i chirurgów. Mam tu na myśli trzy rodzaje zachorzeń, a mianowicie zwyczajne zapalenie okostnej, zapalenie okostnej z przerostem i zapalenie szpiku kostnego, które to cierpienia mogą być wywołane przez dwoinki wiewiórowe. W ostatnim czasie P. Berten podał dokładniejszy opis tych trzech cierpień. Pierwsze z nich, a więc zwyczajne zapalenie okostnej, wywołane przez wiewiór, sprawia jeden jedyny objaw, t. j. bolesność zachorzałej kości Natomiast zapalenie okostnej przerostowe objawia się w ten sposób, że kość grubieje znacznie; zgrubienie to jest twarde, lecz prawie wcale nie bolesne. Najczęściej ulega mu kość piętowa, a zdarza się ono prawie wyłącznie u mężczyzn. Te dwa rodzaje wiewiórowego zapalenia kości zdarzają się nieco częściej od wiewiórowego zapalenia szpiku kostnego (osteomyelitis acuta blenorrhagica). Przy tem cierpieniu stwierdzić można zawsze gorączkę i inne objawy ogólnego ostrego zakażenia; bolesność zachorzałej kości bywa zawsze bardzo znaczna, a cała kończyna wogóle wygląda, jak przy ropowicy. Berten przypuszcza, że cierpienia te wywoływane bywają przez przerzuty dwoinek w kościach, a zatem wprost przez te drobnoustroje. Teorya Jaqueta i Jeanselma, którzy twierdzili, że powikłania te są wywołane przez uszkodzenie nerwów, nie utrzymała się. Berten nie ma własnego doświadczenia pod względem stosowania arthigonu w takich przypadkach i wogóle brak dotąd danych do osądzenia skuteczności arthigonu przy leczeniu tych powikłań wiewiórowych. W każdym jednak razie przypuszczać należy, że środek ten tu również się skutecznym okaże. Prawdopodobnie też i rozpoznawanie tych mało dotąd znanych cierpień zostanie wydoskonalone zapomocą wstrzykiwania arthigonu wedle powyżej podanych przepisów. Odczyn ogólny i miejscowy, w ten sposób wywołany, przyczyni się bezwątpienia do dokładniejszego stwierdzenia istoty tych chorób.

Piśmiennictwo. 1) C. Bruck i A. Sommer. Münch. med. Woch. 1913. Nr 22. 2) Bardach. Tamże, 1913. Nr 47. 3) Lewinski. Tamże, 1913. Nr 50. 4) Arnold i Hölzel. Tamże, 1914. Nr 38. 5) Renisch. Tamże, 1914. Nr 38. 6) Boeters. Deutsche med. Woch. 1914. Nr 39. 7) P. Berten. Gazette des hôp. 14 lutego 1914.

Piśmiennictwo bieżące.

Dermatologia i syfilodologia.

Weiss. **Śródżylne leczenie szczepionką powikłań wiewiórowych.** (Wiener kl. Woch. 1916, 20). Zrazu stosował W. szczepionki (arthigon i gonargin) podskórnie, uzyskując skrócenie przebiegu powikłań wiewiórowych średnio o kilka tygodni. W ostatnich miesiącach stosował W. szczepionki wyłącznie dożylnie, wstrzykując arthigon kilkakrotnie (co trzeci dzień w dawce wzrastającej od 0·3 stopniowo za każdym razem o dalsze 0·3) i uzyskując wyniki jeszcze lepsze zarówno w wiewiórowem zapaleniu najądrza i sterczu, jak i stawów. Tylko w przewlekłych zapaleniach pęcherza i miedniczek leczenie to było bezskuteczne. Zdaniem W., ostrzeżenia przed śródżylnem stosowaniem szczepionek, jako rzekomo niebezpiecznem, nie mają podstawy. r.

Doc. R. Müller i A. Weiss: **Leczenie powikłań wiewióra przez wywoływanie gorączki** (Wiener kl. W. 1916, 9). Na zasadzie spostrzeżenia, że szczepionki przeciwwiewiórowe, przedewszystkiem arthigon, wywołują odczyn gorączkowy i że skutek leczniczy stoi z tym odczynem w związku, doszli M. i W. do wniosku, że pewna część działania szczepionek zależy wyłącznie od tej gorączki odczynowej, a nie od swoistego ich działania. Wobec tego postanowili zastosować na próbę środki, wywołujące gorączkę, jak tuberkulinę (A. T. Kocha), mleko, nukleinian sodowy. Mleko wstrzykiwali, zaraz po przegotowaniu, w ilości 10 cm^3. w mięśnie pośladkowe. W 2—4 godzin po wstrzyknięciu pojawia się w miejscu wstrzyknięcia ból, nieraz tak dotkliwy, że trzeba go uśmierzać morfiną (w dawkach po 0,02). Wkrótce potem pojawia się gorączka, średnio do 39° C., wyjątkowo do 40·4° C., dochodząca do szczytu po 6—10 godzinach. W razie wysokiej gorączki mogą się zdarzyć nudności i wymioty; w 2 przypadkach zdarzyła się biegunka; innych powikłań autorowie nie spostrzegali. Nukleinianu sodowego wstrzykiwali M. i W. po 20—30 cm^3 w 10% rozczynie, w prawy i lewy pośladek po połowie. Następstwa po wstrzyknięciu nukleinianu są podobne, jak po wstrzyknięciu mleka, ale także samo wstrzyknięcie jest dla chorych przykre, czego przy mleku niema. Wstrzyknięcie mleka powtarzali M. i W. czterokrotnie w odstępach 2—3 dniowych. Nukleinian wstrzykiwali tylko 2, wyjątkowo 3 razy, ponieważ odnieśli wrażenie, że następne wstrzyknięcia nukleinianu chorzy gorzej znosili. — Postępowanie swoje stosowali M. i W. w 32 przypadkach zapalenia najądrza, 8 — zapalenia sterczu, 2 — wiewiórowego zapalenia stawów, 3 — zapalenia okołocewkowego, 2 — bardzo gwałtownego wiewióra, oraz 4 — zwykłego wiewióra cewki bez powikłań. Ogólny wynik tych prób ujmują M. i W. w zdanie, że wstrzykiwania nieswoistych substancyi białkowatych wywołujących gorączkę, działają wybitnie leczniczo na rozmaite powikłania wiewióra. V.

Gans. **Badania wydzieliny cewki moczowej po śródżylnem wstrzyknięciu arthigonu dla stwierdzenia wyleczenia wiewióra** (D. m. W. 1916, 16). Bruck i Sommer podali w r. 1913, że po dożylnem wstrzyknięciu 0,1 arthigonu występuje odczyn gorączkowy u tych chorych, u których zakażenie wiewiórowe jeszcze nie wygasło; równocześnie zjawiają się na nowo dwoinki w wydzielinie cewki moczowej, jeżeli z niej poprzednio znikły, ale jeżeli wyleczenie nie jest jeszcze zupełne. — G., sprawdzając te badania, przekonał się, że odczyn gorączkowy jest w tych razach niestały, natomiast pewniejszą oznaką jest pojawienie się dwoinek w wydzielinie cewki (lub w nitkach moczu). Obecnie więc przed wypuszczeniem leczonego ze szpitala, aby sprawdzić, czy wyleczenie jest zupełne, postępuje G. w ten sposób: Jeżeli badanie wypływu z cewki resp. nitek w moczu

co do dwoinek przez 2 tygodnie daje wynik stale ujemny, wówczas przestaje się chorego leczyć i poleca się mu uczestniczyć w ćwiczeniach gimnastycznych, coraz forsowniejszych. Po 2—3 dniach wstrzykuje się do żyły rano 0,05 arthigonu. Jeżeli potem (do drugiego dnia) nie pojawią się dwoinki w wydzielinie, wstrzykuję się ponownie arthigon — 0,1 cm^3 i podrażnia cewkę miejscowo, wstrzykując do niej na 5—10 minut $1^1/_2$% rozczyn azotanu srebra z 2% perhydrolu. Jeżeli i potem badanie przez 3—4 dni nie wykrywa dwoinek, można przyjąć zupełne wyleczenie. — Postępowanie to wypróbował G. w 200 przeszło przypadkach. r.

Prof. Stern. **O wydzielaniu salwarsanu po wstrzykiwaniach zgęszczonych rozczynów do żył** (Dts. m. W. 1916 14). Badania przeprowadził S. u 200 chorych. Okazało się, że po wstrzykiwaniach rozczynów zgęszczonych wydziela się salwarsan z ustroju znacznie powolniej, niż po wlewaniach rozczynów słabszych. Większość doświadczonych autorów jest zdania, że skuteczność działania salwarsanu zależy przedewszystkiem od tego, jak długo salwarsan jako całość znajduje się we krwi wzgl. w sokach ustroju; stąd wynikałoby, że stosowanie rozczynów zgęszczonych jest lepsze od rozczynów słabych. Prócz tego ma wstrzykiwanie rozczynów zgęszczonych tę zaletę, że jest daleko od wlewań łatwiejsze dla lekarza praktyka, nie wymaga osobnego instrumentaryum, da się wykonać bez asysty, równie dobrze w klinice, jak w godzinie ordynacyjnej w domu lekarza, a można do niego użyć zarówno neosalwarsanu, jak salwarsanu sodowego (Salvarsannatrium). r.

Galewsky. **Opieka i leczenie żołnierzy wenerycznie chorych w szpitalach w kraju** (Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde, Drezno, 10. XI. 1915). Jak w dawniejszych, tak i w tej wojnie jest częstość chorób wenerycznych u żołnierzy niezmierna; przeważnie są to ludzie żonaci, co tem większe wzbudzać musi obawy ze względu na następstwa społecznohigieniczne. Leczenie powinno być wyłącznie szpitalne; wiewióra należy leczyć planowo i systematycznie słabymi, stopniowo wzmacnianymi rozczynami azotanu srebra według Neissera. Powikłania pęcherzowe i sterczowe leczy się zwykłą drogą przez miesienie i płukania. W leczeniu powikłań stawowych, zmian najądrza i sterczu doskonałe usługi oddaje szczepionka. Takiem leczeniem osiągnął Galewsky skrócenie czasu leczenia średnio na 35 dni, (w przypadkach niepowikłanych 27 dni, w powikłanych 47 dni).

Leczenie kiły jest rzeczą trudniejszą. Każdy przypadek świeżego zakażenia należy jaknajenergiczniej leczyć poronnie wstrzykiwaniami przetworów rtęci (10—12) i salwarsanu (3—6), a jeżeli możliwe, także wycięciem i wypaleniem wrzodu. Trudniej rozstrzygnąć, czy w drugim okresie należy stosować salwarsan, czy też wobec trudności energicznego leczenia tym środkiem i obawy neurorecydyw nie należy się ograniczyć wyłącznie do rtęci. Szczególnie zaś należy uważać, aby chorych, niedostatecznie leczonych salwarsanem, nie odsyłano na front.

Nadzwyczaj ważną rzeczą jest zapobiedz szerzeniu chorób wenerycznych przez powracających żołnierzy i zakażeniu ich rodzin. Oprócz środków, zastosowanych już w armiach niemieckich, zaleca G. gorąco utworzenie przychodni (miejsc porady), w którychby powracający z wojny żołnierze byli uświadamiani i pouczani, jak mają postępować i leczyć się, a przez które można będzie uzyskać kontrolę chorych żołnierzy, zapobiedz zakażeniu rodzin i następowym sprawom u zakażonych żołnierzy. r.

Prof. Rietschel. **Postępy w dziedzinie patologii i terapii przymiotu wrodzonego.** (Z. für ärztl. Fort. Nr 6—15. 1914). Początkowo istniały następujące poglądy na pochodzenie przymiotu dziedzicznego: 1). Przymiot może być przeniesiony na dziecko drogą zakażenia komórki rozrodczej czy to ojca, czy to matki (germinativ). 2). Przymiot może być przeniesiony na dziecko przez zakażone nasienie ojca. 3). Przymiot może się przenosić drogą łożyska matki. Później Kassowitz przypuszczał, że przymiot przenosić się może tylko pierwszym z tych sposobów. Dzisiaj przyjmujemy tylko przenoszenie się przymiotu drogą łożyska matki. Ten tylko sposób rzeczywiście dowiedziono, inne natomiast są możliwe, ale ich nie dowiedziono. Przenoszenie się przymiotu drogą zakażenia komórki rozrodczej nawet teoretycznie nie jest możliwe, gdyż krętek blady jest tak duży, że nie mógłby się pomieścić w komórce zarodkowej. Trzy okoliczności przemawiają za zakażeniem ze strony ojca: 1. rodzenie dzieci, dotkniętym przymiotem, przez matkę zdrową; 2. wpływ leczenia; 3. t. zw. przymiot »par conception«, polegający na tem, że matka może zostać zakażoną przez dziecko (»choc en retour«), przyczem bez wystąpienia objawów pierwotnych mogą naraz wystąpić u matki objawy przymiotu trzeciorzędnego. Przeciw zakażeniu ze strony ojca przemawia to, że wszystkie przypadki przymiotu wrodzonego można wytłómaczyć także zapomocą przejścia przymiotu z łożyska matki na dziecko, oraz że matki dzieci, dotkniętych przymiotem, są uodpornione przeciwko przymiotowi (prawo Collesa). Ostatnimi czasy dowiedziono, że nasienie i wydzielina gruczołu krokowego zawierać mogą krętki blade. Odczyn Wassermana u matek dzieci, dotkniętych przymiotem, daje wyniki dodatnie w 90—95%, a więc matki te według wszelkiego prawdopodobieństwa mają przymiot. Dzięki odczynowi Wassermana dał się wyjaśnić jeszcze jeden objaw. A mianowicie często u dzieci dopiero w 8—12 tygodni po urodzeniu występują widoczne objawy przymiotu. Objaśnić to należy tem, że pierwsze tygodnie po urodzeniu są okresem wylęgania się przymiotu. Jeżeli przyjmiemy, jako prawidło, zarażanie się drogą łożyska matki, to dziecko w każdym czasie może dostać przymiotu. Najwięcej jednak na zakażenie wystawione jest dziecko podczas porodu, kiedy łożysko się oddziela i kiedy powstaje możliwość mieszania się krwi płodu z krwią matki. Po urodzeniu się przebywa dziecko przymiot w postaci utajonej i dopiero po pewnym czasie występują objawy właściwej choroby. U tych pozornie zdrowych dzieci w okresie wylęgania się przymiotu nie ma odczynu Wassermana. Odczyn ten występuje wraz z pojawianiem się objawów przymiotu. Zupełnie podobnie zachowuje się odczyn Wassermana przy przymiocie nabytym. Odczyn występuje tutaj pod koniec okresu pierwszego, albo podczas okresu drugiego. Jak pogodzić z tem prawo Collesa? O ile przyjmiemy, że matka dziecka, dotkniętego przymiotem, również jest dotknięta przymiotem, co jest najprawdopodobniejsze, i że zakażenie u niej nastąpiło drogą łożyska, a przymiot przytem u matki przebiega w postaci utajonej, to tem rozwiążemy wszystkie zagadnienia sporne. Do tej patologii przymiotu powinno być zastosowane i leczenie. W pierwszej linii leczyć będziemy dziecko i matkę, bez względu na to, czy matka ma objawy przymiotu, czy też nie, o ile dziecko jest dotknięte przymiotem. W drugiej linii leczyć będziemy ojca. Leczyć będziemy tak salwarsanem, jak i rtęcią. Salwarsan stosujemy śródżylnie. Wstrzykujemy 5% salwarsan, używając przytem do sporządzania rozczynu wody świeżo przekroplonej, gdyż nieświeża nie jest obojętną wogóle dla człowieka, a szczególnie dla niemowlęcia. Stosujemy początkowo 0,05 g., powoli przechodząc do 0,1. Większej dawki nie stosujemy. Lżejsze przypadki dobrze się leczą rtęcią (protojoduret., hydrarg. jodat. flavum 1—2 cg. dziennie w proszku). Leczenie rtęcią stosujemy 6—8 tygodni. Ciężkie przypadki przymiotu (pęcherzyca, zmiany w narządach i t. d.) leczymy rtęcią i salwarsanem, mianowicie podczas leczenia rtęcią stosujemy 1—3 wstrzyknięć salwarsanu 0,05—0,1 w przerwach tygodniowych. Najważniejszem jest jednak w leczeniu przymiotu wrodzonego konsekwentne powtarzanie leczenia przez szereg lat. To jest wprost konieczne i daleko ważniejsze, niż sprawa wyboru środka leczniczego. W pierwszych trzech latach życia należy przeprowadzić 6—7 kuracyi. Lepiej jest przytem poddać dziecko sześciokrotnemu leczeniu rtęcią, niż dwukrotnemu leczeniu salwarsanem. O wyleczeniu można mówić wtedy, kiedy od drugiego lub trzeciego roku życia przy długotrwałej obserwacyi odczyn Wassermana wypada ujemnie. Rokowanie co do życia nie jest złe; rokowanie co do wyzdrowienia nie pocieszające. Müller podaje, że na 50 dzieci dotkniętych przymiotem, poddanych leczeniu, $^1/_3$ zdrowieje, $^1/_3$ staje się idyotami, a $^1/_3$ słabo się rozwija. Tadeusz Kon.

Mettenheimer: **Przymiot ukryty w wieku osesków i w wieku dziecięcym.** (Z. für ärztl. Fort. Nr 10, 1914). U dzieci może przymiot przebiegać jawnie lub skrycie. Przymiot ukryty może wystąpić w postaci przemijającej lub długotrwałej. W pierwszym przypadku u pozornie zdrowych osesków występują typowe objawy przymiotu i rozpoznanie nie przedstawia trudności. Czem wcześniej nastąpiło zakażenie w łonie matki, tem wcześniej wystąpią objawy chorobowe u noworodka. Wystąpienie objawów przymiotu w 4.—6. tygodniu życia świadczy, że zakażenie nastąpiło podczas rozwiązania. Inna część dzieci jest pozornie wolną od przymiotu do 8. roku życia. Wtedy dopiero występują objawy, charakterystyczne dla kiły późnej. To późne występowanie przymiotu należy uważać za nawrót przymiotu, przebytego w łonie matki lub zaraz po narodzeniu się dziecka, albo objaśnić je należy tem, że tylko nieliczne krętki przeszły z matki na dziecko: wymagają one wtedy dla swego rozwoju bardzo długiego okresu czasu. Inne dzieci są wolne od objawów przymiotu aż do okresu rozwoju płciowego i tylko dodatni odczyn Wassermana świadczy o tem, że dzieci te są dotknięte przymiotem. Nakoniec zdarzają się dzieci, u których odczyn Wassermana wypada ujemnie, pomimo, że u ich matek

jest on dodatni. Dzieci te zatrzymują się w rozwoju, są źle odżywione, co należy położyć na karb przymiotu. Odczyn Wassermana po pewnym czasie wypadnie u nich dodatnio. Rozpoznanie ukrytego przymiotu sprawiać może znaczne trudności. Odczyn Wassermana nieraz, choć nie zawsze, będzie tu pomocny. Odczyn ten wypada wtedy dodatnio, jeżeli gdziekolwiek w ustroju znajdują się żywe krętki. U osesków odczyn Wassermana wypada często ujemnie, pomimo że należy je uważać za dotknięte przymiotem. Zdarza się i tak, że u osesków odczyn Wassermana wypada dodatnio, a przymiot u nich później nie występuje. Objaśniamy to tem, że w tych przypadkach pewne substancye, a nie same krętki, przechodzą z ustroju zakażonych matek do ustroju dziecka; ciała te potem znikają. Jak wógóle, tak i u osesków ujemny odczyn Wassermana jeszcze sprawy nie rozstrzyga: należy go kilkakrotnie powtarzać, co jednak u osesków, szczególniej w praktyce prywatnej, wykonać bardzo trudno. Dlatego też musimy się posiłkować innymi sposobami rozpoznawczymi, ażeby przymiot wcześnie rozpoznać. O ile istnieją objawy przymiotu u rodziców dziecka, a przedewszystkiem u matki, to możemy prawie zawsze powiedzieć, że i noworodek jest dotknięty przymiotem. Jedynie, jeżeli matka uległa zakażeniu 6—8 tygodni przed porodem, to dziecko zwykle nie ma przymiotu. Tosamo zdarza się, jeżeli matka jest już długo chora na przymiot, nawet jeśli odczyn Wassermana wypada u niej dodatnio. Jeżeli matka jest zdrowa, a ojciec jest chory na przymiot, to niema to praktycznego znaczenia, gdyż w tych przypadkach płód ginie przed porodem. Bardzo podejrzane są kilkakrotne poronienia, znaczna śmiertelność w rodzinie. Mylą się lekarze, przypuszczając, że poronienie, następujące po długotrwałem leczeniu ojca, nie jest przymiotowego pochodzenia. Jeżeli pozornie zdrowe dziecko ma rodzeństwo, to należy i to rodzeństwo poddać próbie Wassermana. Dodatni odczyn wskaże nam dalszą drogę postępowania. Dokładne anatomiczne zbadanie pępowiny i łożyska w kierunku swoistych zmian w naczyniach i obecności krętków ułatwi rozpoznanie przymiotu ukrytego.

Zmiany przymiotowe w pewnych rodzinach zwykle sadowią się w jednych i tych samych narządach, n. p. w narządzie wzroku, w układzie nerwowym i t. d. Objaśnić to należy dziedzicznem osłabieniem i brakiem odporności, usposobieniem ze strony tych narządów. Najbardziej podatne na przymiot są narządy o wielkich zadaniach czynnościowych: kości, skóra, wnętrzności. Barwa powłok skórnych dziecka, dotkniętego przymiotem, jest bronzowawa, lub szaro żółtaczkowa, podobnie, jak u dzieci dotkniętych posocznicą. Powiększona, twarda śledziona z jednoczesnem powiększeniem wątroby i gruczołów limfatycznych w rozmaitych okolicach ciała (przedewszystkiem w przegubach pachwinowych i łokciowych) przemawia bardzo za przymiotem. Jeżeli kilkomiesięczne dziecko jest niespokojne, bezustannie krzyczy, szczególniej przy ruchach i dotykaniu się stawów, jeżeli cera jego jest charakterystycznie blada, gruczoły pachwinowe powiększone, a rentgenogram kości przedramienia wykazuje przytem typowe zmiany okostnej i chrząstek, jako źródło bólu, to właściwe rozpoznanie jest łatwe, nawet, jeżeli odczyn Wassermana wypadnie ujemnie. Leczenie rtęciowe da wtedy uderzające wyniki i upewni rozpoznanie. W 40—80% przypadków przymiotu wrodzonego u osesków znajdujemy zapalenie nn. wzrokowych, którego wczesne rozpoznanie i leczenie ma doniosłe znaczenie. Rzadziej spotykamy kiłowe zapalenie naczyniówki, przy którem dno wygląda, jak gdyby posypane solą i pieprzem. Z takiego obrazu dna oka autor rozpoznał przymiot u 5-miesięcznego dziecka z objawami spastycznymi w obydwu kończynach, z zupełną niemożnością połykania, przy ujemnym odczynie Wassermana. W rdzeniu przymiot występuje w postaci mnogich ognisk, których następstwem jest porażenie kurczowe lub objawy wiądu; przymiot w mózgu wywołuje zapalenie mózgu i opon (meningoencephalitis), a kilaki wywołują porażenie dziecięce z napadami drgawek: w płynie mózgowo-rdzeniowym znajdujemy przytem znaczną ilość białka i pleocytozę. Z samego jednak zachowania się płynu mózgowo-rdzeniowego rozpoznawać przymiotu nie możemy. Często oseski i dzieci cierpią na tle przymiotu na rozmaite zaburzenia trawienia w postaci przewlekłego nieżytu jelit w połączeniu z krwotokami. Jeżeli przy tych nieżytach nie zastosujemy leczenia swoistego, dzieci takie giną. U dzieci dotkniętych przymiotem znajdujemy w drugim roku życia na siekaczach i zębach trzonowych objaw Hutchinsona. Często też zdarza się miąższowe zapalenie rogówki, nieraz ogłuchnięcie na tle swoistem. U dzieci, dotkniętych przymiotem w tym wieku, oprócz płaskiego siodełkowatego nosa, oprócz blizn, przechodzących z błony śluzowej ust na skórę i t. d., znajdujemy nieraz wysięki w obu stawach kolanowych. Te zmiany w stawach zwykle są brane za zmiany gruźlicze i jako takie leczone, ale bez żadnego skutku, aż nie zostanie zastosowane leczenie swoiste. Z kości przedewszystkiem bywają zajęte kości piszczelowe. Pod wpływem przymiotu cały ustrój zatrzymuje się w rozwoju. Oseski dotknięte przymiotem zwykle wyglądają starczo. Pospolicie uważa się za przyczynę tego przewlekłe nieżyty jelit, niewłaściwe odżywianie, zapominając o właściwej podstawie tych stanów. Dzieci te później albo zatrzymują się w rozwoju płciowym, albo przedwcześnie dojrzewają. Charakter tych dzieci bywa niestały, w późniejszych latach, w okresie samodzielnego myślenia i działania, dzieci te są niezrównoważone i łatwo ulegają ujemnym wpływom, niektóre zaś tępieją umysłowo zupełnie. Wątłość ustroju dzieci, dotkniętych przymiotem, przejawia się i w tem, że dzieci te są mało odporne i łatwiej podlegają chorobom zakaźnym.

Wczesne rozpoznanie ukrytego przymiotu jest ważne ze względu na możliwość udzielania się przymiotu otoczeniu. Zdrowa mamka nie powinna karmić dziecka z ukrytym przymiotem. Matka tego dziecka może je karmić dlatego, że sama ma przymiot w postaci ukrytej. Naodwrót mamki z ukrytym przymiotem nie powinny karmić zdrowych dzieci. U mamek nietylko kilkakrotnie należy wykonać próbę Wassermana, o ile odczyn wypada ujemnie, ale należy je także poddawać dokładnemu badaniu klinicznemu. Dla dziecka wczesne rozpoznanie ma doniosłą wagę z tego względu, że można wtedy wcześnie zastosować leczenie swoiste. Co się tyczy wystawiania świadectwa mamkom, to autor radzi w celu uniknięcia wszelkich ewentualności pisać w świadectwie, że badanie w danym dniu nie wykazało żadnych danych, na którychby można oprzeć rozpoznanie przymiotu.

Leczenie ukrytego przymiotu u osesków należy rozpocząć z chwilą rozpoznania. Leczenie to należy stosować bezpośrednio u oseska, a nie przez pośrednictwo ustroju matki. O ile matka jest zakażona, należy starać się, ażeby przez pewien szereg lat nie nastąpiło zapłodnienie, dopóki chora nie odbędzie dostatecznej liczby kuracyi. Jeżeli zapłodnienie nastąpiło, należy rozpocząć szybkie i energiczne leczenie. Salwarsan jest przy tem skuteczniejszy od rtęci. Leczenie u dzieci, podobnie jak u ludzi starszych, należy stosować przez szereg lat. Tadeusz Kon.

Prof. Citron. **Postępy w leczeniu przymiotu**. (Zeit. f. ärztl. Fort. 1914 Nr 7). Główną zaletą wczesnego rozpoznania przymiotu jest zastosowanie wczesnego leczenia. Leczenie to polegać powinno na stosowaniu rtęci w postaci wstrzykiwań kalomelowych i wstrzykiwań salwarsanowych wraz z usunięciem chirurgicznem ogniska pierwotnego. Wynikiem takiego leczenia bywa to, że nie występują drugorzędne objawy przymiotu i odczyn Wassermana długo wypada ujemnie. Metoda leczenia jest następująca: Przez pierwsze 14 dni stosować należy tylko rtęć, a potem dopiero salwarsan. Probierzem skuteczności leczenia jest nietylko brak objawów skórnych, ale i odczyn Wassermana. Energicznem leczeniem nazwiemy takie, kiedy w przeciągu 5—6 tygodni stosujemy wstrzykiwania kalomelowe, stosując jednocześnie 2—3 wstrzyknięcia salwarsanu. Leczenie powinno trwać 4—5 tygodni. Niedostatecznem będzie leczenie, trwające poniżej 4 tygodni. Wyniki tych metod leczenia są następujące: przy energicznem leczeniu 62%, przy prawidłowem 32%, a przy niedostatecznem 14% daje ujemny odczyn Wassermana. Salwarsan stosować należy dożylnie w odstępach czasu 10—14-dniowych: u mężczyzn 0,3—0,4, u kobiet 0,2—0,3 na wstrzyknięcie; u dzieci nie przekraczać 5 mg. na kilogram wagi. Ten sposób leczenia, o ile poprzedziło go jeszcze stosowanie rtęci, przy użyciu świeżo przekroplonej i wyjałowionej wody nie daje żadnych ubocznych odczynów. Objawy nerwowe (neurorecydywy), które występują w $1^1/_2$—2 miesięcy po zastosowaniu salwarsanu, n. p. zmiany n. słuchowego, labiryntu, zawroty głowy, zapalenie n. wzrokowego, porażenie twarzy, porażenia nerwów mięśni ocznych, należy rozpatrywać jako nawroty przymiotowe; ustępują one po zastosowaniu ponownie energicznego leczenia rtęcią. Tych objawów nie należy utożsamiać z objawami, powstałymi wskutek zatrucia salwarsanem. Do objawów zatrucia należą: parestezye, bóle głowy, wymioty, napady drgawek, utrata przytomności, w końcu śmierć. Sekcya wykazuje obrzęk mózgu, punktowate wybroczynki w korze mózgowej, zmiany miąższowe w nerkach. W celach leczniczych należy stosować upust krwi z żyły, wstrzykiwania soli kuchennej i adrenalinę. Postępy w leczeniu przymiotu polegają nietylko na leczeniu wczesnych przypadków, ale i przypadków, rozpoznawczo niejasnych (choroby tętnicy głównej, choroby mózgu i wątroby) oraz przypadków bez widocznych objawów przymiotu (lues asymptomatica), których nie można było rozpoznać przed wprowadzeniem odczynu biologicznego.

Leczenie objawowe, zastosowane dopiero po wystąpieniu objawów ze strony skóry i błony śluzowej, niema znaczenia. Najlepszym tego dowodem jest wielka ilość zachorowań narządów wewnętrznych na przymiot późny. U osób dotkniętych przymiotem późnym odczyn Wassermana wypada dodatnio. Leczenie biologiczne według Citrona polegać powinno na zniszczeniu w ustroju krętka bladego. Do tego celu wiedzie salwarsan i rtęć, które w dostatecznie dużych ilościach i dosyć długo stosowane być powinny; ale i bez zastosowania jodu trudno się obejść, szczególniej w okresie trzeciorzędnym.

Fakt, że salwarsan leczy przymiot, stoi dziś poza dyskusyą: przemawiają za tem wyniki kliniczne i biologiczne. Jednoczesne stosowanie rtęci i salwarsanu przyspiesza leczenie. Ludzie z ciężkiemi chorobami nerek, z piersiowemi chorobami ostremi, jak nieżyt płuc i t. d., nie powinni być leczeni salwarsanem ze względu na ciężkie uboczne działanie salwarsanu w tych przypadkach. W przypadkach kiły późnej należy stosować salwarsanu 0·6 na dawkę. Odczyn Wassermana dodatni świadczy o tem, że przymiot jest w postaci czynnej. Można uważać chorego za wyleczonego z przymiotu wtedy, jeżeli nie ma już żadnych objawów chorobowych, jeżeli odczyn Wassermana wypada ujemnie, jeżeli płyn, uzyskany przy nakłuciu lędźwiowem, jest prawidłowy, jeżeli ten stan przy ścisłej kontroli okazuje się stałym. Tadeusz Kon.

Brodfeld. **Stomatitis mercurialis.** (Med. Klinik 1914 Nr 12). Właściwie nie rozstrzygnięto jeszcze, dlaczego rtęć wywołuje zmiany zapalne w jamie ustnej. Jedni obwiniają o to sprawy zakaźne, inni podrażnienia chemiczne. Zapobiegawczo staramy się najpierw uporządkować uzębienie, przepisujemy płukania, pędzlowania i czyszczenie zębów pastami (givosan, albin, biox, pebe, saluferin i t. p.). W razie już istniejącego zapalenia stosujemy pędzlowanie 5% lapisem lub kwasem chromowym (następnie pilne płukanie, by kwas nie został połknięty). Lanz podaje w tym celu płukania sublimatem 1:4000. K.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

W sprawie zwalczania chorób wenerycznych w kraju.

Do »odbudowy kraju« należy: przedewszystkiem odbudować zdrowie ludności, należy rozszerzające się choroby stłumić i wykorzenić. Obecnie chorobami, rozszerzającemi się bardzo, są choroby weneryczne i gruźlica. Czynniki państwowe i samorządne już się ich zwalczaniem zajmują, nie będzie jednak zbędnem wypowiedzenie spostrzeżeń i doświadczenie poszczególnych lekarzy, by wspólnie ukuć z tego skuteczne przeciwdziałanie. Pracując w tej gałęzi medycyny, chciałbym podać, co następuje:

1. Utarte jest wśród ludności przekonanie, że choroby weneryczne przeszczepiają się tylko płciowo, ostrożności są tylko w tym kierunku przestrzegane. Doświadczenie z czasu wojny pouczyło mnie, że w Stanisławowie odsetek chorób wenerycznych, nabytych drogą pozapłciową, podniósł się do 10%. Odsetek ten co do wiewióra przed wojną równał się zeru, co do kiły ze względu na nagminne panowanie w okolicy wynosił 2%. Chorzy, zarażeni w ten sposób, są to z zawodu konduktorzy, kelnerzy, osoby, czynne przy kartach chlebowych, a szczególnie żołnierze. Zakażenie wiewiórem nastąpiło w niektórych przypadkach najprawdopodobniej przez dotknięcie ujścia cewki przy moczeniu zakażonymi palcami, zakażenie kiłą przez drapanie wskutek świerzbu lub wszy. Wrzody pierwotne spotykałem w różnych miejscach ciała, lub wcale nie można było wyśledzić drogi wejścia przy ogólnej już kile, której objawy chorzy brali za nieżyt krtani, lub krwawnice (hemoroidy) odbytu.

2. W wojnie światowej, jako wielkiej wędrówce ludów różnojęzycznych, porozumienie nierzadko jest bardzo trudne. Przykład: Kolejarze galicyjscy po powrocie z Węgier przywieźli stamtąd wiele chorób wenerycznych. Wprawdzie leczyli się oni tam, nie byli jednak pouczeni, na co się leczyli, nie byli objaśnieni o właściwościach swej choroby. Działo się to z powodu nieznajomości języka, boć przecie koledzy Węgrzy nie byli tak mało humanitarni, czy leniwi. Owóż chorzy ci po zniknięciu objawów widocznych uważali się za zdrowych. Zakwitło też w ich rodzinach od kiły i wiewióra; rozpoczynało się od żon, a kończyło na dzieciach. Przykro mi było nieraz badać całą chorą rodzinę, przykrzej słuchać wyrzutów pod adresem lekarzy. Jest to próbka tego, co będzie po wojnie, gdy chorzy wrócą do domów leczeni, a wcale nie wyleczeni.

Przeciwdziałanie według mego mniemania powinno objąć:

1. Pouczenie ludności o sposobie zakażenia się i właściwości chorób wenerycznych. Pouczenie takie powinno być przybite we wszystkich restauracyach, kawiarniach, kolejach, tramwajach. Pouczenie takie powinno być dawane w każdym szpitalu każdemu choremu i przez lekarza każdemu choremu w jego domu bez względu na to, czy jest wenerycznie chory, czy nie. Dla uproszczenia powinno być pouczenie wydrukowane na odwrotnej stronie recepty; druki takie powinny być tanio dostarczane lekarzom.

2. Żołnierze chorzy powinni być katalogowani, w razie analfabetyzmu i małej kultury powinni być nadzorowani przez władze po powrocie do domu.

3. Wszystkie kobiety nasze należy przygotować na walkę racyonalną z tą straszną plagą wojenną, aby na nią nie zapatrywały się, jako na zbrodnię złamania przysięgi małżeńskiej, ale jako na nieszczęście, ściśle złączone z wojną. Leczenie w rodzinie i ustrzeżenie jej członków od zakażenia będzie dokładne, pewne. Słowem rumieniec, który każdemu laikowi wytryskiwał na wspomnienie chorób wenerycznych, powinien zniknąć, a jego miejsce zająć świadome postanowienie walki z wrogiem ludzkości, słowem, czynem, jawnie i otwarcie.

9. III. 1916. Dr. Karol Poliwka (Stanisławów).

Do kolegów fachowych. Robienie szczepionki jest rzeczą nietrudną, a wymagającą tylko pracy umiejętnej. Za tę pracę musimy dobrze płacić innym, a moglibyśmy płacić sobie. Wiadomo, że arthigon kosztuje obecnie 14 kor. Wszak tu doprawdy chodzi tylko o flaszeczkę z korkiem i roztarcie hodowli gonokoków w trikrezolu, czy wogóle fenolu. Czy nie możnaby w pracowni Prof. Dra Nowaka w Krakowie lub Prof. Dra Panka albo Prof. Dr. Kučery we Lwowie wyrabiać takiej szczepionki? Koszta na flaszeczki i. t. d. możnaby pokryć wspólnym kosztem kolegów specyalistów. Ja chętnie jako udział daję 200 kor., które w razie nieudania się sprawy są niezwrotne i nikogo wiązać nie będą.

Tosamo odnosi się do próby Wassermana.

Proszę kolegów czynnie się wypowiedzieć, skoro Redakcya Przeglądu lekarskiego ogłosi tę moją propozycyę.

Dr. Karol Poliwka (Stanisławów).

W sprawie zwalczania chorób wenerycznych zgłosił w pruskiej Izbie Panów bar. Bissing (generałgubernator Belgii) następujące wnioski: 1) Rząd wstawi do budżetu odpowiednią kwotę na a) naukę o chorobach płciowych w seminaryach i szkołach wyższych dla duchownych i nauczycieli wszystkich kategoryi szkół ludowych, średnich i wyższych, b) wprowadzenie dermatologii i syfilidologii jako obowiązkowego przedmiotu do egzaminów lekarskich, c) systematyczne pouczanie uczniów i uczenic szkół wszystkich kategoryi przez osobno do tego przygotowanych lekarzy szkolnych i urzędowych, d) nagrodę konkursową na rozprawę: »Jaki wpływ mają choroby weneryczne na ruch ludności?«, e) subwencyonowanie Niemieckiego Towarzystwa zwalczania chorób płciowych. 2) Należy wprowadzić kary na osoby, które miały stosunek płciowy, chociaż wiedziały lub wiedzieć mogły, że są zakażone wenerycznie. r.

Angielska komisya rządowa dla zwalczania chorób wenerycznych proponuje następujące środki: Bezwzględne unieważnienie małżeństwa, jeśli jedno z małżonków jest chore na chorobę weneryczną, przyczem jednak dzieci takich małżeństw zachowują prawa dzieci ślubnych. Nałożenie na lekarzy obowiązku zawiadamiania rodziców w razie choroby wenerycznej narzeczonego. Pouczanie ludności w fabrykach, szkołach, w wojsku. r.

Pouczenie o chorobach płciowych wydał miejski **Urząd zdrowia w Krakowie** w sierpniu 1915. Pouczenie to dla ludności wiejskiej brzmi, jak następuje: »Do chorób płciowych zaliczamy: kiłę (czyli syfilis), wrzód miękki i rzeżączkę (wiewiór, tryper). Najniebezpieczniejszemi są kiła i rzeżączka; o nich też głównie mówi pouczenie. — Kiła pojawia się z reguły w postaci wrzodu lub płytkiej nadżerki na częściach płciowych, kilka lub kilkanaście dni po spółkowaniu z osobą zarażoną. W jakiś czas później, t. j. 4—8 tygodni, zjawia się wysypka na skórze, wrzodziki w jamie ustnej, około otworu stolcowego, na piersiach kobiet karmiących; owrzodzenia te są bardzo zaraźliwe. Ślina osób, mających takie wrzodziki w jamie ustnej, jest zaraźliwą; z tego powodu pocałunki takich osób są niebezpieczne; zarazić się także można, pijąc z naczyń źle umytych, używanych przez takie osoby zarażone, używając ich chustek do nosa, serwet, ręczników i t. d. Kiła trwa czasem przez szereg lat i prowadzić może w późniejszych okresach, szczególniej nie leczona, do głębokich wrzodów

na całem ciele, próchnienia kości, wyschnięcia mlecza pacierzowego i rozmiękczenia mózgu. Kiła udziela się potomstwu jako taka, albo kobiety zarażone ronią płody nieżywe, albo rodzą dzieci słabowite, dotknięte tąsamą chorobą, a takie dzieci zarazić znów mogą osoby, karmiące je piersią, w końcu choroba ta wpływa w ten sposób na potomstwo, że dzieci, zrodzone z rodziców obarczonych tą chorobą, stają się idyotami. — Wrzód miękki pojawia się w postaci wrzodu zwykle dosyć bolesnego, najczęściej na częściach płciowych, już parę dni po spółkowaniu z osobą zarażoną. Jednocześnie występuje obrzęk i bolesność gruczołów pachwinowych, t. zw. bubony; czasem przychodzi do zropienia tych gruczołów. W parę tygodni wrzód się oczyszcza, goi i zabliźnia, najczęściej nie pozostawiając poważniejszych następstw. — Rzeżączka objawia się w następnym dniu lub w parę dni po spółkowaniu z osobą zarażoną, pieczeniem w cewce moczowej, a następnie ropieniem z cewki i silnymi bólami przy oddawaniu moczu. Przy nieodpowiedniem leczeniu, lub złem zachowaniu się chorego wystąpić mogą powikłania, jak zapalenie pęcherza, jąder i najądrza, bardzo często gruczołu krokowego, w końcu choroba może się przeciągać, powodując nieraz zwężenie cewki wraz z trudnością oddawania moczu. Prowadzić może także do zaniku plemników i niepłodności męskiej. U kobiet choroba sadowi się najczęściej w części pochwowej macicy i przenieść się może na pochwę, wnętrze macicy, trąbki i jajniki, powodując ciężką niemoc, a w następstwie nierzadko bezpłodność. Spółkując w okresie choroby możemy tą samą chorobą zarazić drugą osobę. Wydzielina zakaźna z cewki moczowej lub pochwy, przeniesiona ręką na oko, wywołuje podobną chorobę oka, grożącą utratą wzroku. Rodząca, chora na rzeżączkę, może przy porodzie zarazić oczy noworodka. — Kto, będąc chorym na te choroby, spółkuje z osobą zdrową i w ten sposób świadomie naraża zdrowie bliźniego, ten popełnia zbrodnię, dopuszcza się bowiem ciężkiego uszkodzenia ciała drugiej osoby i może być nawet sądownie karany. Leczenie tych chorób trwa zazwyczaj długo, ale są one wyleczalne. — Aby się ustrzec chorób płciowych, stosuj się do następujących rad: 1). Polecenia godnem jest wstrzymanie się od stosunków płciowych aż do czasu zawarcia małżeństwa; tyczy się to zarówno mężczyzny, jak kobiety. — 2). Natomiast wstępuj w związki małżeńskie w młodym wieku; mężczyzna już w 24-tym, kobieta najwcześniej w 20-tym. Towarzysza lub towarzyszkę życia wybieraj rozważnie, zwracaj przedewszystkiem uwagę na to, aby to była osoba zdrowa, z rodziny, którą znasz, w której niema złych nałogów (pijaństwa) lub ciężkich chorób. Głównym bowiem celem małżeństwa jest płodzenie zdrowego potomstwa. — 3). Nie utrzymuj stosunków płciowych pozamałżeńskich, a szczególniej z osobami nieznanemi, złego prowadzenia się, hulakami i t. d. — 4). Jeżeli jesteś człowiekiem słabej woli i powyższych kilku rad nie jesteś w stanie usłuchać, lub jeżeli inne okoliczności zmuszają cię do utrzymywania stosunków pozamałżeńskich, to chcąc do pewnego stopnia uchronić się przed zarażeniem, powinieneś po każdem spółkowaniu: a) oddać mocz; b) zmyć dokładnie członek i moszna (worek jądrowy) wodą z mydłem; kobiety niech przepłukają pochwę lub podmywają się wodą ciepłą z mydłem; c) zapuścić zapomocą zakraplacza kilka kropel rozczynu 10% protargolu do cewki moczowej i zatrzymać w niej przez 3 minuty; d) gruntownie natrzeć członek i napletek 30% maścią kalomelową; przy myciu i nacieraniu maścią należy napletek ściągnąć i wewnętrzną jego stronę dokładnie oczyścić. Zakraplacz należy przed użyciem osuszyć czystą watą, po użyciu przepłukać wodą i włożyć do rozczynu kwasu karbolowego. — 5). Nie spółkuj nigdy w stanie nietrzeźwym, lub z osobą nietrzeźwą. Nie pij alkoholu. — 6). Nie dotykaj ócz brudnemi rękami, któremi dotykałeś przed chwilą części płciowych. — 7). Nie całuj w usta, nie używaj cudzych chustek do nosa, ręczników, serwet; nie śliń ołówków, nie śliń palców przy obracaniu kartek lub liczeniu pieniędzy, nie całuj obrazów świętych lub krucyfiksów na odpustach, lub wogóle w kościołach, gdzie przed chwilą mogła tosamo uczynić osoba, dotknięta chorobą zaraźliwą; nie bierz do ust niedopalonych papierosów, pozostawionych przez inne osoby, nie używaj cudzej fajki; nie kąp się w tej samej wodzie, w której się już inna osoba wykąpała; nie pij z cudzego nieoczyszczonego dokładnie naczynia, nie jedz cudzą łyżką, widelcem lub nożem. Wymagaj w restauracyach, aby podawane naczynie było czyste, wymyte dokładnie i przepłukane w czystej wodzie bieżącej. — 8). Każda matka, o ile jest zdrowa, powinna sama karmić piersią własne dziecko. Jeżeli wybór mamki jest niezbędny, trzeba przekonać się dokładnie, przez badanie lekarskie, czy jest zdrowa. Mamka powinna się także przekonać, czy dziecko jest zdrowe; nie powinna karmić dziecka chorego na kiłę. — 9). Noworodkom należy wpuścić zaraz po urodzeniu do ócz po parę kropel 5% rozczynu protargolu. — 10). Rodzice pouczać powinni starsze dzieci o znaczeniu chorób płciowych. — Jeżeli spotkało cię nieszczęście, żeś się zaraził, to: 1). Udaj się natychmiast do lekarza o poradę, bo im wcześniej zaczniesz się leczyć, tem pewniej wyzdrowiejesz. Nie kryj się z chorobą przed lekarzem, lecz z całem zaufaniem przedstaw mu swoje cierpienie. Nie wierz zabobonom i nie trać czasu i pieniędzy na leczenie się u znachorów; nie słuchaj też rad t. zw. doświadczonych przyjaciół. Ponieważ leczenie trwa zazwyczaj dosyć długo, jest kosztowne i krępujące, udaj się najlepiej do najbliższego szpitala, a tam bez przeszkód, gruntownie się wyleczysz. — 2). Uważaj, abyś drugich nie zarażał, szczególniej żony; przez cały czas trwania choroby musisz się bezwarunkowo wstrzymać od stosunków płciowych, szkodziłoby to nietylko tobie, ale drugą osobę wpędziłbyś w nieszczęście; przy kile głównie dlatego, by nie spłodzić, będąc jeszcze nie zupełnie wyleczonym, dziecka chorego, obarczonego tąsamą ciężką chorobą, ale i nie zarazić żony drogą nasienia, które również może jad zawierać. Mając wrzodziki kiłowe w jamie ustnej, lub inne zewnętrzne objawy tej choroby gdziekolwiek na ciele, bezwarunkowo i bez wyjątku wstrzymać się musisz od stosunków płciowych. Będąc chorym, staraj się o własne naczynie stołowe, serwety, ręczniki i t. d. Bielizna twoja powinna być przed oddaniem do prania odkażona w osobnem naczyniu przez gotowanie w wodzie z dodatkiem 2% sody. — 3). Części płciowe utrzymuj w czystości. Myj często ręce. — 4). Nie wolno ci bezwarunkowo wstępować w związek małżeński, dopóki się nie wyleczysz zupełnie, dopóki lekarz nie powie ci, że jesteś już zupełnie zdrów i że związek małżeński zawrzeć możesz«.

Dla ludności miejskiej pouczenie wspomina jeszcze o zapobiegawczem używaniu kondomu. Pouczenie to, napisane przez doc. dr. T. Janiszewskiego, rozeszło się dotąd w 10.000 egzemplarzach. Dostać je można po cenie kosztów w miejskim Urzędzie zdrowia w Krakowie.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 17. V. 1916 posiedzenie, na którem prof. Rosner przedstawił preparat operacyjny z kliniki położniczej, a dr. Mayer miał wykład o rozpoznaniu różniczkowem duru brzusznego i plamistego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Eugeniusz Artwiński, rodem z Warszawy.

— Prof. Dr Julian Nowak powołany został na naczelne stanowisko w oddziale rolniczym rządowego Zakładu odbudowy kraju.

— Na liczne zapytania kolegów z Królestwa i Galicyi odpowiadamy, że ze zdrojowisk galicyjskich będą w tym roku czynne: Zakopane, Krynica, Rabka, Truskawiec. W Szczawnicy otwarty będzie w każdym razie zakład na Miodziusiu, w Kosowie będzie zakład czynny tylko w zmniejszonym zakresie. Z innych zdrojowisk nie uzyskaliśmy żadnych dotąd wiadomości.

— Zarząd Akademii Umiejętności ogłasza na mocy statutu fundacyi ś. p. Dr. Michała Zieleniewskiego, zatwierdzonego przez c. k. Namiestnictwo we Lwowie reskryptem z dnia 25 stycznia 1913 Nr. XIII b. 86/1, dwa konkursy: Konkurs pierwszy z terminem po koniec roku 1920 na uzupełnienie »Słownika bibliograficzno-balneologicznego polskich zakładów zdrojowo-kąpielowych«, wydanego przez ś. p. Dra Michała Zieleniewskiego w r. 1891. Rękopisy należy nadsyłać do Kancelaryi Akademii Umiejętności najpóźniej do 31 grudnia 1920 roku. Autor obowiązany jest dostarczyć zupełnie wykonanego rękopisu i nie ma prawa żądać zaliczek; po przyjęciu uzupełnienia »Słownika« otrzyma autor honoraryum wedle arkusza, w wysokości przez Akademię ustanowionej. Konkurs drugi na pracę, poświęconą ściśle naukowemu badaniu i opisowi rodzimych wód mineralnych polskich, a to na temat dowolnie przez autora obrany, byleby tylko autor, ubiegający się o nagrodę, przedłożył ją we właściwym czasie Akademii Umiejętności, a to bądź w druku, bądź w rękopisie. Przedmiotem prac, mogących ubiegać się o nagrodę, będzie naukowe zbadanie i opis nie pojedynczych źródeł naszych wód mineralnych, ale całych działów wód lekarskich polskich i ich działania leczniczego, jakoto: szczaw, wód siarczanych, żelazistych, uzdrowisk klimatycznych i t. d. Zaliczki na zamierzone tego rodzaju badania, na podróże w tym celu przedsiębrać się mające i t. p. wydatki, nie mogą być udzielane z niniejszego

funduszu. Jedynie dokonane i gotowe opracowania będą wynagradzane. Gdyby któregc roku żadnej pracy do nagrody nie przedłożono, lub żadna z przedłożonych na nagrodę nie zasługiwała, może Akademia Umiejętności albo przenieść tę nagrodę na lata dalsze w ten sposób, że nagrodę stanowić będzie dwu-, trzechletni i t. d. dochód fundacyjny, albo zarządzić dodanie nieużytej kwoty premiowej do kapitału fundacyi (§ 1, ustęp a), Nagroda nie może nigdy wynosić więcej, niż pięcioletnie odsetki. Jednoroczny dochód fundacyjny, przeznaczony na nagrodę, wynosi około 780 K. Prace na konkurs niniejszy należy nadsyłać do Kancelaryi Akademii najpóźniej do 31 grudnia 1917 r.

— Na fundusz im. Jordana (z przeznaczeniem dla wdów i sierot po poległych lekarzach) otrzymał Wydział Związku kraj. lekarzy kwotę 1054 koron, złożoną przez lekarzy w Administracyi »Nowej Reformy«. Wydział Związku dziękuje ofiarodawcom za pamięć o funduszu, Szan. Administracyi »N. Reformy« zaś za łaskawe przyjmowanie składek.

Lwów. W dniach 12 i 13. maja 1916 odbyły się posiedzenia c. k. Krajowej Rady zdrowia, pierwsze — w gronie ściślejszem, drugie — z udziałem zaproszonych znawców przedmiotu i przedstawicieli władz; oba posiedzenia poświęcone były sprawie zwalczania chorób wenerycznych w kraju, na pierwszem zaś przedstawił krajowy referent sanitarny, radca dr. Z. Lachowicz, także obecny stan zdrowotności w Galicyi.

— Memoryał w sprawie zdrowotności Lwowa opracowała lwowska miejska Komisya sanitarna i postanowiła zwrócić się z nim do rządu. W tym memoryale podniesiono między innymi następujące postulaty: Wydać popularne pouczenie o istocie chorób płciowych, zapobieganiu im i leczeniu, zorganizować akcyę dziennikarską celem peryodycznego umieszczania artykułów pouczających. Akcyę szpitalną urządzić, z tem, by każdy zakażony musiał być natychmiast przyjęty. Urządzić dla Lwowa i okolicy specyalny szpital z 400 do 500 łóżek dla mężczyzn i kobiet, zostawiając go po wojnie wyłącznie dla kobiet. Zwrócić się przez magistrat do władz wojskowych o rozszerzenie oddziału chorób płciowych w lwowskim szpitalu powszechnym z 250 na 650 lub 700 łóżek. Poczynić kroki dla uruchomienia przez rząd nowej kliniki dermatologicznej, przez co uzyskałoby się 60 do 120 łóżek. Zreorganizować ambulatorya i system leczenia w nich. Dostarczyć ubogim lekarstw i porady lekarskiej w ambulatoryach darmo, na koszt rządu. Ustanowić w ambulatoryach obok lekarzy, także lekarki dla kobiet. Uzyskać od rządu odpowiednie urządzenie dla biur sanitarno policyjnych. Roztoczyć ścisły nadzór nad mamkami, przez poddawanie ich badaniu lekarskiemu. Zabronić leczenia pokątnego przez szarlatanów drogą ogłaszania w dziennikach.

— Izba lekarska wschodnio-galicyjska podaje do wiadomości następujące rozporządzenie: »C. i k. Komenda wojskowa N. 9 w Stryju zawiadomiła pismem z d. 13 kwietnia L. 307/33, że wszyscy ci pp. lekarze, którzy wystawiają świadectwa szczepienia lub rewakcynacyi od ospy osobom, których wcale nie szczepili lub nie rewakcynowali, będą pociągnięci do odpowiedzialności i karani grzywną porządkową. Izbie lekarskiej wschodnio-galicyjskiej we Lwowie udzielam do wiadomości z prośbą, aby poleciła wszystkim lekarzom tutejszym zaniechanie wystawiania świadectw szczepienia lub rewakcynacyi od ospy dla osób, których wcale nie szczepili lub nie rewakcynowali. — Stryj d. 26 kwietnia 1916. C. k. Radca Namiestnictwa i kierownik Starostwa, Czepielewski m. p.«

— Izba lekarska wschodnio-galicyjska podaje do wiadomości lekarzy, że miasteczka Tyśmienica, Kamionka i Cieszanów, oraz ich najbliższe okolice, są zupełnie pozbawione opieki lekarskiej. Zachęcając lekarzy do osiedlenia się w tych miejscowościach, zaznacza Izba, że według zawiadomienia odnośnych starostw lekarze w tych miasteczkach liczyć mogą na rozległą praktykę. — Lwów 20. V. 1916. — Prezydent Izby: Dr. Papée.

— Doc. dr. Wincenty Czernecki złożył Senatowi Wszechnicy lwowskiej 700 koron, jako zawiązek fundacyi im dr. Tadeusza Żulińskiego, poległego na polu walki Legionów. Z fundacyi korzystać ma niezamożna młodzież, potrzebująca leczenia w zdrojowiskach.

Poznań. »Nowiny lekarskie«, wychodzące na razie jako kwartalnik (zamiast miesięcznie), wydały pierwszy zeszyt tegoroczny; w słowie wstępnem znajdują się słowa gorącego — a ze wszech miar zasłużonego — uznania dla dotychczasowego redaktora, dr Stanisława Łazarewicza, który po 9-letniej pracy ustępuje z tego stanowiska z przyczyny nadmiaru zajęć, spowodowanego służbą wojskowo-lekarską. Redakcyę naczelną »Nowin« objął, jak donosiliśmy, radca dr Dziembowski sen.; współredaktorem jest dr St. Szuman.

— W Poznaniu obchodzono w kwietniu 50-lecie doktoratu dr. Ignacego Zielewicza, długoletniego prymaryusza oddziału chirurgicznego w zakładzie P. P. Miłosierdzia, gorliwego działacza na niwie społecznej. Czcigodnemu Jubilatowi składa ze swej strony serdeczne życzenia nasze pismo.

Warszawa. Towarzystwo higieny praktycznej im. Prusa wydało odezwę »O środkach walki z zarazą weneryczną«, w której wzywa do roztoczenia opieki nad matkami i dziećmi zapomocą towarzystw dzielnicowych, popieranych materyalnie przez miasta, do tworzenia zakładów odkażających i odwszawiających z kąpielami i pralniami, do leczenia we wszelkich ambulatoryach i zakładania nowych, do tworzenia osobnych oddziałów szpitalnych. Odezwa kończy się słowy: »To wszystko musi być zrobione, na to muszą być środki. Jeżeli teraz nie znajdziemy tysięcy dla ochrony społeczeństwa od zwyradniających skutków zarazy wenerycznej, to za lat kilka miliony wydamy na szpitale obłąkanych, a strat, jakie społeczeństwo poniesie przez utratę będących w pełni sił twórczych opiekunów rodzin, obniżenie siły rozrodczej narodu i jego zdrowia, niczem nie powetujemy«.

— Dowiadujemy się, że Uniwersytet warszawski zaprosił prof. dr. L. Popielskiego ze Lwowa do wykładów fizyologii, a doc. dr. J. Pruszyńskiego do wykładów farmakologii i farmakognozyi.

— Prezesem kasy im. Mianowskiego wybrany został w miejsce ś. p. dr. Dobrskiego inżynier Feliks Kucharzewski (w kwietniu 1915), a członkiem komitetu na jego miejsce rektor dr. J. Brudziński.

— Dr. Maryan Eiger z Warszawy został prywatnym docentem uniwersytetu w Bernie w zakresie fizyologii (Med. i Kron. lek. 1915. 17).

Z różnych stron. Z pracujących w Rosyi Polaków został doc. dr. E. Zebrowski z Kijowa mianowany profesorem kliniki dyagnostycznej w Charkowie (po ś. p. prof. Openchowskim), dr. Jan Studziński docentem chorób wewnętrznych w uniwersytecie kijowskim, a prof. dr. Konrad Wagner z Kijowa został powołany na katedrę kliniki wewnętrznej w Moskwie.

— Doszedł obecnie rąk naszych Nr. 1. drugiego rocznika »Biuletynu Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago« ze stycznia r. b., zawierający prócz sprawozdania z posiedzenia grudniowego

także sprawozdanie z czynności Towarzystwa w r. 1915. Rok ten był dla Towarzystwa bardzo pomyślny: przybyło 12 członków i liczba ich wynosi obecnie (z zamiejscowymi) 81. Posiedzenia odbywały się regularnie co miesiąc (prócz feryi), gromadziły średnio 22 uczestników; wykładów odbyło się 11. Zaznaczyła się też wzrastająca koleżeńskość i łączność, oraz żywy udział w akcyi filantropijnej na ofiary wojny w Polsce. Na rok 1916 wybrany został prezesem dr. Pietrowicz, wiceprezesem dr. Balcerzak, kasyerem dr. Boguszewski, sekretarzem dr. Pietrzykowski.

Zmarli. Głośny fizyolog prof. Pawłow w Moskwie, anatomowie lord Turner w Edynburgu, prof. Schwalbe w Strassburgu, patolog prof. Chiari w Strassburgu, higienista prof. Römer z Halle (na dur plamisty), chirurg prof. Kehr w Hamburgu;

dr. Jan Starachowicz w Turce, dr. Edward Piotrowski, lekarz powiatowy w Kamionce, obaj z duru plamistego, dr. Czesław Górski, lekarz salinarny, radca miejski i dyrektor Kasy oszczędności w Bochni, Dr. Waleryan Wilczewski, były ordynator szpitala w Kaliszu, w 81 r. życia w Warszawie.

W Królestwie w r. 1914 zmarli: W Warszawie Stanisław Michałowski w 71 r. ż., Witold Wikarski, b. ordynator szpitala wolskiego w 71 r. ż., Adolf Szpanbok w 52 r. ż., Bernard Polikier, Stanisław Bartkiewicz (z Gródka) w 77 r. ż., Maciej Słomiński, lekarz powiatowy w Pułtusku w 62 r. ż., Bolesław Szanecki w Hrubieszowie w 50 r. ż., Józef Paschalis-Jakubowicz w Dąbrowie w 57 r. ż., Kazimierz Podbielski w Kutnowskiem, Jan Brudnicki z Sieradzkiego w 44 r. ż. i J. Konasewicz w Piotrogrodzie, Ludwik Szymanowski w 72 r. ż. w Łowiczu, Mieczysław Janczewski w 64 r. ż. w Bychawie (lubelskie), Edward Bernhardt z Łodzi w 74 r. ż. w Charkowie; we Francyi na polu bitwy dr. Jan Danysz, kierownik pracowni radyologicznej Tow. naukowego warsz., w 30 r. ż.;

w r. 1915: w Warszawie, Mieczysław Halpern, autor cennych badań z zakresu przemiany materyi, ordynator szpitala zakaźnego, w 35 r. ż. (z duru plamistego), Cezary Kossowski w 68 r. ż., Antoni Kruszewski, Aleksander Zylberman w 53 r. ż., Adolf Rappel, starszy ordynator szpitala żydowskiego, Anna Tarapaniówna w 29 r. ż. (z duru); — Tadeusz Zaborowski z Łodzi w 54 r. ż. w Szwajcaryi, Jerzy Urbanowicz z Warszawy w 28 r. ż. w Ekaterynburgu, Henryk Krzyczkowski w Zamościu (z duru plamistego), Adam Gruchalski z Kleczewa (kaliskie) jako jeniec na Śląsku pruskim w 44 r. ż., Franciszek Kosicki w Radomiu w 53 r. ż., Feliks Drecki w Kaliszu w 66 r. ż., Antoni Zajączkowski w Brooklynie, Stanisław Urban w Sejnach (z duru plam.), Włodzimierz Daniewski w Lublinie w 53 r. ż., Józef Wilczyński w Grodzisku, Lucyan Kozicki w Baranowiczach, Maurycy Rittenberg (zginął jako legionista) z Warszawy;

w r. 1916 zmarli w Warszawie: Wincenty Korwin-Szymanowski, Roman Nawroczyński w 66 r. ż, Stanisław Słonimski w 63 r. ż., Jan Jarzymski (z duru plamistego), Samuel Swieca, Dominik Wójcicki, ordynator warsz. szpitala dla dzieci; — dalej: Stanisław Dąbrowski w Łodzi, Józef Winawer w Serbii, Ludwik Libkind-Lubodziecki w Tarnowie (opoczyńskie) w 69 r. ż., J. Sołowiejczyk w Tomaszowie rawskim, Wojciech Zieliński w Piątku, Magnus Brokman w Haliczu, Samuel Gerszuny w Łodzi, Helena Niwińska w Radogoszczu, Karol Jamiołkowski w Radzyminie.

Redakcya otrzymała: Adolf Klęsk: Chirurgia nerwów obwodowych. Kraków 1916. str. 109. — Karwacki i Biernacki: O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem. Warszawa 1916. (Wydawnictwo »Gazety lek.«). — Kostrzewski: Ein akuter Malleusfall beim Menschen mit positiver Blutkultur (Ztbl. f. Bakt. 1916). — Józef Jaworski: Teodor Borysowicz (wspomnienie pośmiertne) (Gaz. lek. 1916). — Serkowski: Bacillus s. granobacillus putrificus nov. sp. (Zentr. f. Bakt. 1914). —

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung im 12 Monatsheften. 1916. (Monachium, J. F. Lehmann), Zeszyt 4. Cena 2 M., Zeszyt 5. Cena 2 M. Zeszyt kwietniowy »Kursów« zawiera, jak corocznie, rozprawy z zakresu chorób dróg moczowych, dermatologii i syfilidologii, a mianowicie Prof. Schlayera: »Wpływ chorób zakaźnych na nerki«, dr. Böhmego: »O zapaleniach nerek i zaburzeniach pęcherza według piśmiennictwa z czasu wojny«, prof. Josepha: »Urologia, choroby skórne i weneryczne«.

Zeszyt majowy wypełniają rozprawy z zakresu neurologii i psychiatryi, a mianowicie: Prof. Marburga o neurologicznych skutkach wojny i wojennych uszkodzeniach nerwów obwodowych, dr. Manna o powrocie uszkodzonego przewodnictwa w nerwach obwodowych, prof. Weygandta o zadaniach psychiatryi po wojnie i dr. Kafki o wynikach badań serologicznych w zakresie neurologii i psychiatryi.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.

Gazeta lek. 1914. Nr 30—52: Jaworski: O powstawaniu i znaczeniu węzłów prawdziwych pępowiny (31). — Szczawińska: Beztlenowce i ich udział w patologii ludzkiej (30—32). — Hornowski i Sabatowski: Przypadek akromegalii (32—34). — Bruner: O leczeniu pryszczycy promieniami Roentgena (33). — Obarski: Przyczynek do otrucia spirytusem skażonym (34). — Grzywo-Dąbrowski: O znaczeniu sądowolekarskiem badania pośmiertnego mózgu osób, zmarłych na porażenie postępujące (35). — Czarnocki: W sprawie podniesienia poziomu medycyny prowincyonalnej (35). — Jonscher i Przedpełska: Przypadek moczówki cukrowej u dziecka (36—37). — Szmurło: O leczeniu cierpień worka i kanału łzowego drogą zabiegu chirurgicznego wewnątrznosowego (38). — Janowski: Kilka wskazań do stosowania wody utlenionej (39). — Pruszyński: O powstawaniu tonów serca (40). — Kryński: Nowsze doświadczenia w zakresie chirurgii wojennej (41—46). — Orłowski: W sprawie cholesterynemii (42—44). — Męczkowski: Organizacya opieki lekarskiej domowej dla ubogich (45—46). — Jaworski: S. p. Fr. Neugebauer (47). — Szulc: O działaniu światła na bakterye w obecności barwików fluoryzujących (48—49). — Janowski: Kilka uwag w sprawie stosowania salicylanu sodu i kwasu salicylowego (50—52).

Gazeta lekarska 1915 (rocznik pięćdziesiąty). Nr 1—52: Artykuł wstępny jubileuszowego rocznika (1). — Rzętkowski: O własnościach chemicznych zawartości żołądkowej w ostrym toksycznym katarze żołądka (1). — Puławski: Przyczynek do błędów w rozpoznawaniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego (1). — Flatau i Handelsman: Badanie doświadczalne nad nagminnem zapaleniem opon mózgowordzeniowych (2—4). — Sawicki: Przypadek wrodzonego szyjno-grzbietowego skrzywienia kręgosłupa (5—6). — Pawiński: Ś. p. Dr Konrad Dobrski (6). — Janowski: Utrudnione łykanie płynów, jako wczesny objaw rozszerzenia łuku tętnicy głównej (7—8). — Puławski: Utrudnione łykanie jako objaw rozszerzenia lewego przedsionka (8). — Danysz: Leczenie ran postrzałowych środkami przeciwgnilnymi bardzo rozcieńczonymi (9). — Rzętkowski: O zawartości cukru we krwi w stanach dusznościowych (10—11). — Bregman: Przyczynki do zapalenia wielonerwowego (12—14). — Lkiernik: Z kazuistyki okulistycznej (15—16). — Oyrzanowska: Ś. p. Bronisław Ziemiński (17). — Tryjarski i Saski: O leczeniu twardzieli szczepionką swoistą (17—19). — Rzętkowski: Mieczysław Halpern (wspomnienie pośmiertne) (18). — Bernhardt: Łojotok a gruźlica (20—22). — Gajkiewicz: Przypadek krwotoku rdzenia po postrzale (23—26). — Pruszyński: S. p. Grzegorz Ziembicki (25). — Grudziński: Uproszczony sposób określania położenia pocisków (27). — Ś. p. Augustyn Łogucki (28). (C. d. n.).

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Rok LV. Kraków, 1. lipca 1916. Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

†

PROFESOR DR. PRZEMYSŁAW PIENIĄŻEK.

W lipcu r. 1914, w czterdziestą rocznicę pracy lekarskiej i naukowej, a trzydziestopięcioletnią pracy nauczycielskiej profesora Pieniążka, kreśląc Jego życiorys w poświęconym Mu zeszycie, nie przypuszczaliśmy, że tak rychło przyjdzie dodać datę ostatnią; choć zdrowie ówczesnego Jubilata podkopywało oddawna poważne i dolegliwe cierpienie, jednakże zdawało się, że wystarczy sił nietylko na wieloletnie jeszcze z niem zmaganie się, ale i na pracę piśmienniczą, w której ś. p. profesor Pieniążek nie ustawał. Jeszcze na krótko przed ostatnią chorobą nakreślił własnoręcznie krótki zarys współczesnego stanu laryngologii w Polsce, jeszcze w tej chorobie — zapaleniu płuc — nie wszystko zdawało się stracone, gdy prawie nagle 31. maja b. r. przyszła śmierć.

Wśród strat polskiej medycyny w okresie wojny jest ta śmierć jedną ze strat najcięższych. Nazwisko profesora Pieniążka było znane w całym świecie, może najbardziej znane z nazwisk współczesnych lekarzy polskich, bo też był On w światowem znaczeniu współtwórcą nowoczesnej laryngologii.

Zdobywając tej gałęzi sztuki lekarskiej nowe pola, okrywał zarazem profesor Pieniążek naukę polską powagą i sławą na arenie europejskiej i był zarazem przodownikiem jej w ojczyźnie własnej.

Straciliśmy w Nim wzór badacza, jedynej nagrody szukającego w zdobyciu prawdy, wzór lekarza, za cel swój jedyny kładącego dobro cierpiącej ludzkości, straciliśmy człowieka czystego jak kryształ, niepospolitego umysłem i sercem, a skromnego i pełnego prostoty, cechującej tylko ludzi wielkiej wartości. C.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.

Etyologia wypadnięcia narządów płciowych kobiecych a badanie ginekologiczne

napisał

Prof. Dr Aleksander Rosner.

Po przeczytaniu znakomitej pracy Halbana i Tandlera o anatomii i etyologii wypadnięć (1907) odnieśliśmy wrażenie, że rozwiązano jedno z zawiłych i ciemnych zagadnień patologii ginekologicznej w sposób nieulegający wątpliwości. Anatom i ginekolog pracowali tu pospołu i to, czegoby zapewne żaden z nich na własną rękę nie zdołał dokonać, uczynili razem, wnosząc w tę spółkę z jednej strony kunszt preparatorski i dokładność anatoma, z drugiej doświadczenie klinicysty, a z obu bystrość spostrzegania i ścisłość w wyprowadzaniu wniosków.

Z badań ich wynikł ten pewnik, że głównym czynnikiem, zabezpieczającym pochwę, macicę i pęcherz moczowy przed wypadnięciem przed szparę sromową, jest mięśniowa przepona miednicza, w której najważniejszą rolę odgrywa dźwigacz odbytu (m. levator ani). Na nim spoczywają te narządy i dopóki mięsień ten jest cały, silny i sprawny, dopóty o wypadnięciu nie może być mowy. Wszystko, co przytwierdza te narządy ku górze, na czem więc one niejako wiszą, odgrywa wedle Halbana i Tandlera podrzędną rolę. Na drugi plan więc schodzą wedle tej teoryi i więzadła (obłe, szerokie i krzyżowo-maciczne), i tkanka łączna przymaciczna, i otrzewna, i naczynia krwionośne.

Siłą, która macicę, pochwę i pęcherz stara się wyprzeć na zewnątrz, jest tłocznia brzuszna, czynna przy kaszlu, parciu i rozmaitej pracy fizycznej. Jest ona potężną i potężnego musi mieć oponenta, a takim nie są wiotkie i nienapięte więzadła, a tem mniej tkanka łączna przymaciczna, choćby nawet tu i owdzie skupiona była w zbitsze pokłady. Takim oponentem, zdolnym do stawienia czoła tłoczni brzusznej, może być zdaniem Halbana i Tandlera tylko mięsień, i to skurczony.

Na tę fizyologiczną sprawność przepony miednicznej położyli też ci badacze nacisk i stwierdzili, że istnieje współczesność działania tłoczni brzusznej (kaszel, parcie) i skurczu dźwigacza odbytu, że więc przepona miednicza właśnie wtenczas kurczy się, kiedy zachodzi niebezpieczeństwo wyparcia na zewnątrz narządów, które ponad nią leżą. Istnieje też obok współczesności pewnego rodzaju współmierność pracy, która sprawia, że słabemu działaniu tłoczni odpowiada słaby skurcz dźwigacza odbytu, silnemu silny.

Przepona miednicza ma jednak tę słabą stronę, że nie zamyka całkowicie jamy brzusznej od dołu, tylko okazuje otwór, czyli szczelinę (hiatus m. levatoris s. hiatus genitalis).

Mięśnie łonowo-odbytnicze (m. pubo-rectales), stanowiące przednią część dźwigacza odbytu, przyczepiają się, jak wiadomo, do wewnętrznej powierzchni kości łonowych nieco na zewnątrz od spojenia łonowego. Przyczepy prawego i lewego mięśnia są od siebie odległe mniej więcej na $2^1/_2$ ctm; w środku tej wolnej, przyczepem mięśni nie zajętej przestrzeni leży spojenie łonowe. Od miejsca przyczepu kostnego dążą mięśnie ku tyłowi i dołowi, a więc ku kości ogonowej, przyczem okazują zbieżność, t. j. zbliżają się z obu stron ku sobie, a tuż za tylną ścianą odbytnicy łączą się ze sobą, tworząc wspólną nieparzystą płytkę. Są one tu już nizko, bo na wysokości kroczowego zgięcia odbytnicy, w którem to miejscu ściana pochwy leży najbliżej odbytnicy. Największa część wspólnej nieparzystej płytki dźwigacza odbytu leży poza odbytnicą, pomiędzy jej tylną ścianą a kością ogonową (pars retrorectalis). Niewielka ilość włókien wsuwa się jednak między odbytnicę a pochwę (pars praerectalis) i razem z pęczkami mięśnia zwieracza odbytu i głębokiego poprzecznego mięśnia krocza (m. transversus perinaei profundus) tworzy mięsne utkanie krocza.

Tak więc między prawym a lewym brzegiem mięśnia dźwigacza odbytu leży szczelina, przez którą przechodzi cewka moczowa, pochwa i odbytnica. Zdaniem Halbana i Tandlera odbytnica ma właściwie odrębny otwór w przeponie miednicznej, oddzielony od właściwej szczeliny przez włókna, leżące między pochwą a odbytnicą; ponieważ jednak tych włókien jest niedużo, przeto niewielką popełnia się pomyłkę, mówiąc o wspólnej dla tych trzech przewodów szczelinie. Wymiary tego »hiatus levatoris« wynoszą według Halbana i Tandlera z boku na bok u dziewic $2^1/_2$ ctm, u kobiet, które rodziły, 4 ctm., z przodu w tył, t. j. od tylnej ściany spojenia łonowego do kroczowego zgięcia odbytnicy u dziewic 4 ctm, u wieloródek 5 ctm. Wynika z tego, że szczelina ta jest podłużna.

Ten przyrodzony otwór w przeponie miednicznej jest bezwątpienia »locus minoris resistentiae«; przezeń to w sprzyjających warunkach wypaść może pod wpływem działania tłoczni brzusznej pęcherz moczowy, górna część pochwy i macica, jakby przez wrota przepuklinowe. Że to się zwykle nie dzieje, zawdzięcza kobieta tej okoliczności, że wrota te są ciasne i że się wśród działania tłoczni brzusznej jeszcze więcej zwężają, i to tak z boku na bok, jak z przodu w tył. Przyczyną wypadnięcia stać się jednak może zdaniem przytoczonych badaczy niedomoga przepony, mająca swoje źródło w nadmiernej szerokości szczeliny, albo w niedowładzie mięśni, które ją ograniczają.

Doświadczenie uczy, że wypadnięcie wydarza się przeważnie u osób, które rodziły, a badania Halbana i Tandlera wykazują, że u kobiet tych poród odegrał rolę urazu, który w ten lub ów sposób zniszczył jedno lub oba ramiona mięśni, ograniczających szczelinę płciową (hiatus genitalis). I dziwić się temu nie można, jeśli się zważy, że ogromna i twarda głowa płodu musi przejść przez ciasną szczelinę, rozszerzywszy ją »ad maximum«. To rozszerzanie jest pracą niemałą. *Przy każdym porodzie u pierwiastki* patrzymy przecież na to zmaganie się dwóch sił, z jednej strony skurczu trzonu macicznego, wspomaganego wśród parcia przez wielki wysiłek tłoczni brzusznej, z drugiej opozycyi przepony miednicznej. Wysuwanie się i cofanie główki płodu w drugim okresie porodowym jest właśnie tej walki wyrazem i znakiem widomym. Walka jest jednak nierówna; przeciw jednemu mięśniowi zmobilizowana jest ogromna siła sprzymierzonej macicy i tłoczni, przeto dźwigacz odbytu uledz w tej walce musi; szczelina musi się rozciągnąć tak, żeby dziecko przejść mogło, lub mięsień zostanie przerwany, albo od swojego przyczepu przy spojeniu oddarty. Mięsień rozciągnięty powróci zapewne do swojej dawnej sprawności; zniszczony — nie zdoła już nigdy odzyskać swojej poprzedniej władzy, i te właśnie kobiety narażone będą na wypadnięcie pochwy i macicy. Rzeczą jest jasną, że szybkie i brutalne przeciągnięcie płodu przez szczelinę przepony przy ekstrakcyi ręcznej za nóżki lub kleszczami w wyższym stopniu naraża całość mięśnia, niż długi i mozolny poród siłami natury.

Macica wypada jednak niekiedy i u kobiet, które nie rodziły, a nawet u dziewic i noworodków. Przyczyną może być wówczas niedokształt mięśnia przepony, jego niedowład lub porażenie. Najwybitniej objawia się to u noworodków, u których wypadnięcie macicy kombinuje się nieomal zawsze z rozszczepieniem kręgosłupa (spina bifida), a co za tem idzie, z porażeniem i zwyrodnieniem mięsnej przepony miednicznej. Wykazali to dowodnie Bürger i Graf w przypadkach sekcyjnych, a Radwańska stwierdziła porażenie, względnie zanik tego mięśnia u noworodka przez badanie przez odbytnicę podczas krzyku dziecka. U dorosłych dziewic i kobiet, które nie rodziły, wchodzi w grę, zdaniem Halbana i Tandlera, albo wrodzony słaby rozwój tego mięśnia, albo inna jakaś jego niedomoga.

Zatrzymałem się dłużej nad głoszoną przez Halbana i Tandlera nauką, a przecież poruszyłem tylko rzeczy zasadnicze, pomijając liczne i ważne szczegóły.

Teorya wiedeńskich badaczy wywołała żywą opozycyę w Berlinie. E. Martin, oparłszy się na szczegółowych i bardzo skrzętnych anatomicznych badaniach tkanki łącznej i powięzi miednicznych, wygłosił zdanie, że dla statyki narządów płciowych mają one znacznie większe znaczenie, niż mięsna przepona, i że ich zniszczenie lub niedokształcenie, a nie przedarcie mięśni, powoduje zmiany w położeniu pęcherza, pochwy i macicy. Teorya E. Martina, poparta powagą Bumma, znalazła zwolenników i przez czas pewien byliśmy świadkami walki tych dwóch obozów, z których jeden (wiedeński) widział w podparciu narządów płciowych od dołu ich zabezpieczenie przed wypadnięciem, drugi (berliński) głosił zdanie, że rozstrzygającym czynnikiem jest ich zawieszenie za pośrednictwem tkanek mniej lub więcej jędrnych. Z teoryi berlińskiej i ze znakomitych preparatów Martina odniosła nauka wielką korzyść, gdyż okazało się, że oba wymienione czynniki są ważne i że dla niektórych zmian w położeniu, n. p. dla odosobnionego obniżenia pęcherza, niedomoga przyrządu powięziowego wielkie, jeśli nie wyłączne ma znaczenie. Niemniej jednak zapatrywania Halbana i Tandlera ostały się w zupełności i dziś z pewnością nikt nie wątpi, że główną przyczyną wypadnięć jest niedomoga przepony miednicznej.

Z nowej tej nauki skorzystało w pierwszym rzędzie leczenie operacyjne. Zwężenie szczeliny w przeponie przez zeszycie mięśni (myorrhaphia levatorum ani) stało się niezbędnym i najważniejszym aktem zabiegu krwawego, leczącego wypadnięcie pochwy i macicy. Jego zaprzeczyć się nie dająca skuteczność, z jaką zabezpiecza przed nawrotem cierpienia, przemawia wymowniej, niż wywody teoretyczne, za słusznością zapatrywań szkoły wiedeńskiej. Jest ona tak wybitna, że i Martin zeszycie to zaleca, a jeśli przytem nie mówi o szwie mięśniowym, tylko o zespojeniu powięzi, która mięsień obejmuje i z nim nierozdzielną tworzy całość, to w istocie czyni to samo, co wszyscy, którzy szczelinę w przeponie operacyjnie zwężają.

Zachodzi teraz pytanie, czy wielki przewrót, spowodowany w naszych pojęciach o znaczeniu przepony miednicznej dla statyki narządów płciowych kobiecych, wywarł

jakikolwiek wpływ na tok zwykłego, codziennego badania ginekologicznego i czy powinien był wpływ ten wywrzeć. Rozważaniom tej kwestyi chciałbym właśnie uwagi niniejsze poświęcić.

Aczkolwiek od dawna przed pracą wiedeńskich badaczy czyniono spostrzeżenia nad przeponą miedniczą i jej szczeliną i niejedną dobrą pracę na ten temat napisano, niemniej nigdy badanie tych szczegółów nie należało do codziennego »status praesens« ginekologicznego. Nikt z nas przecież po najdokładniejszem zbadaniu kobiety nie wiedział, czy dźwigacz odbytu jest u niej silnie, czy słabo rozwinięty, cały, czy przedarty, czy zdolny jest do silnego skurczu i do należytego zamknięcia miednicy, czy jednem słowem ma pełną swoją wartość. I nie jest to dziwnem, gdyż o potrzebie i znaczeniu tego mięśnia niewiele wiedzieliśmy. Od czasu ogłoszenia badań Halbana i Tandlera upłynęło jednak dziewięć lat, a to pomijanie w »status praesens« badania przepony i jej szczeliny nie uległo żadnej zmianie. Zapewne tam, gdzie jest wypadnięcie i gdzie klinicysta stwarza sobie plan operacyjny, tam szuka brzegów mięśnia dźwigacza i jego kurczliwość i siłę bada, nie czyni tego jednak u innych kobiet. Najlepszym dowodem tego są nowe podręczniki ginekologii. W jednym z nich, wydanym w r. 1913 przez Mengego i Opitza, napisał Sellheim znakomity ustęp o badaniu ginekologicznem. W pracy tej podziwiać należy dokładność, z jaką autor omawia wszystkie szczegóły; brak tylko wzmianki o sposobach badania mięsnej przepony. A przecież właśnie Sellheima uważać musimy za jednego z najlepszych znawców tej sprawy, gdyż zawdzięczamy mu szereg doskonałych prac o anatomii i fizyologii dna miednicy. Pracował również nad tem i autor podręcznika Menge, a z kliniki Opitza wyszła w ostatnich czasach bardzo dobra praca Jaschkego, omawiająca ten sam temat.

Z zestawienia tych faktów, że wymienieni klinicyści szczegółowo badają w przypadkach wypadnięć przeponę, a tego badania »na codzień« nie zalecają, należy wnosić, że uważają je za potrzebne tylko tam, gdzie prawdopodobną jest jej zmiana chorobowa. Nie wiem naturalnie, czy tosamo stanowisko zajmują wszyscy klinicyści, gdyż w obszernej literaturze tego przedmiotu mogłem odnośne uwagi przeoczyć; w każdym razie jednak uważam to stanowisko za błędne, gdyż sądzę, że tylko ten potrafi ocenić stan patologiczny, kto wie, jak się rzecz przedstawia w warunkach prawidłowych. Szczególnie tu, gdzie chodzi o stwierdzenie sprawności narządu mięśniowego, nawet i najbystrzejszy badacz, jeśli nie przyzwyczaił się do tego rodzaju badań, nie pozna, co leży w granicach różnic indywidualnych, a co wkracza w dziedzinę nieprawidłowości. A nadto chodzi tu jeszcze o coś innego. Po uszkodzeniu narządu mięśniowego przepony nie wypadają narządy płciowe odrazu. Nawet najgorętsi zwolennicy nauki Halbana i Tandlera przyznają, że tkanki i powięzie, którym Martin i Bumm przypisują zasadnicze znaczenie, są zdolne przez pewien czas utrzymać te narządy w prawidłowem położeniu, zwłaszcza jeśli tłocznia brzuszna nie działa za często i za silnie. Zdarza się nieraz, że stan przepony miedniczej jest już ostatecznie zły, a następstwa w postaci obniżenia jeszcze się nie objawiły. Szczególnie często trafiać się to będzie w kilka miesięcy po porodzie, który stał się urazem dla przepony. Jeśli nie badamy z zasady u każdej chorej szerokości szczeliny płciowej (hiatus genitalis), to ani nie rozpoznamy na czas defektu przepony, ani, co za tem idzie, nie zdołamy na czas zapobiedz następstwom.

Nie ulega więc dla mnie wątpliwości, że badanie stanu przepony miedniczej i szerokości jej szczeliny stanowić powinno część składową każdego dokładnego »status praesens« ginekologicznego.

Jak badanie to należy przeprowadzać? Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, musimy sobie jasno zdać sprawę z tego, czego właściwie dowiedzieć się chcemy. Otóż, zdaniem mojem, powinniśmy przekonać się 1) jak wyczuwa się w stanie spoczynku przednia część dźwigacza odbytu, to jest właśnie ta, która stanowi brzegi szczeliny; 2) jak przedstawia się ten mięsień w stanie skurczu i to a) wówczas, kiedy pracuje zgodnie ze swoją nazwą, jako dźwigacz odbytu i b) wówczas, kiedy odruchowo zwęża szczelinę płciową.

Ad 1). Wymacanie mięśnia, o który chodzi, w stanie rozkurczu niezawsze jest łatwe. Wystrzegać się przytem trzeba pomyłki i nie obmacywać mięśnia, który wyraźnie czasem zarysowuje się, ale który leży znacznie niżej, t. j. mięśnia opuszkowojamistego (m. bulbocavernosus). Chcąc znaleść brzeg dźwigacza odbytu, trzeba wsunąć palec do pochwy na głębokość mniej więcej $^1/_3$ części tego przewodu i uciskając boczną ścianę, szukać nieznacznego oporu, jaki brzeg tego mięśnia stanowi. Wykonywa się przytem palcem ruch od wejścia ku sklepieniom i z powrotem, a wówczas czuje się, szczególnie u kobiet, które nie rodziły, że na pewnej wysokości pochwy znajduje się opór, ponad i popod którym boczna ściana pochwy da się swobodniej ku bocznej ścianie miednicy ucisnąć. Opór ten da się śledzić u leżącej na wznak kobiety ku górze, t. j. ku spojeniu łonowemu, i ku dołowi, t. j. ku odbytnicy. U wieloródek nie wyczuwamy czasem tego mięśnia wcale, lub niewyraźnie. Im większą ma się wprawę, tem rzadziej miewa się ujemny wynik.

Ważnem jest obmacać brzeg dźwigacza odbytu po obu stronach i nie przesuwając go na zewnątrz, ocenić w przybliżeniu szerokość ograniczonej przez niego szczeliny. Oznaczenie długości tej szczeliny, t. j. odległości od spojenia do ściany odbytnicy w okolicy kroczowego zgięcia odbytnicy, jest jeszcze trudniejsze. Wypełnienie kiszki kałem uniemożliwia to w zupełności, gdyż wówczas przednia ściana odbytnicy wypuklona jest ku spojeniu.

Ad 2) Daleko ważniejsze jest badanie dźwigacza odbytu w skurczu. Podzieliłem tę część zadania na dwie części, gdyż tego wymaga podwójna czynność badanego mięśnia. Dźwigacz odbytu odgrywa ważną rolę przy defekacyi i bezwątpienia podnoszenie odbytnicy na słupie wypieranego na zewnątrz kału, jest jego zasadniczym, a w każdym razie genetycznie starszym zakresem działania. Drugie jego zadanie, i to właśnie to, które nas tu najwięcej zajmuje, polega na odruchowem zamykaniu dna miednicy, a więc na obronie przed wypukleniem go przez tłocznię brzuszną, a przez to zapewnieniu statyki narządom, które leżą w dolnej części brzucha, jak pęcherz i macica. U stworzenia, chodzącego na dwóch nogach, jak człowiek, u którego więc sam ciężar tych narządów skierowuje je ku dnu miednicy i poprzed nią, jest to zadanie dźwigacza odbytu znacznie ważniejsze, niż u czworonogów. Zadaniu temu, które nazwaćbyśmy mogli, używając języka urzędowego, »poruczonym zakresem działania«, może mięsień tylko wówczas sprostać, jeśli na każde działanie tłoczni odpowiada niezawodnie oponującym skurczem. Jest to działanie od woli niezależne.

Skurcz dźwigacza przy badaniu ginekologicznem wywoływano w rozmaity sposób. Najczęściej polecano wykonywać ruch, który Thure-Brandt w swojej gimnastyce nazwał »knipning«. Kobieta, leżąca na wznak, unosi krzyże nieco ku górze, poczem forsownie zamyka i wciąga w górę otwór stolcowy tak, jakby się broniła przed wyjściem na zewnątrz gazów lub stolca. I bez podnoszenia krzyżów można przez samo polecenie silnego zamknięcia otworu stolcowego skurcz ten wywołać.

Do Thure-Brandtowskiej gimnastyki należą też dwa inne ruchy, które wprawiają w skurcz przeponę miedniczą: 1) bierne rozsuwanie i przybliżanie do siebie kolan wśród *czynnej opozycyi ze strony chorej i 2) odwrotnie:* czynne rozchylanie i zbliżanie do siebie kolan, wykonywane przez chorą wśród oporu ze strony lekarza.

Chora leży przytem na wznak, zgina zbliżone do siebie kolanami kończyny dolne i podnosi krzyże nieco ku

górze, poczem lekarz kładzie swoje dłonie na wewnętrzną powierzchnię kolan i oddala te kolana od siebie siłą. Kiedy kolana są dość znacznie od siebie oddalone, chora wprawia w ruch mięśnie przywodzące i usiłuje kolana do siebie zbliżyć, czemu znowu przeszkadzają ręce lekarza. Przy innem ćwiczeniu kładzie lekarz ręce na zewnętrzne powierzchnie kolan, które są od siebie oddalone i siłą wśród oporu chorej zbliża je do siebie. Po zbliżeniu ich chora stara się je siłą rozchylić, czemu znów przeszkadza lekarz. Wedle niemieckiej nomenklatury Thure-Brandta nazywają się te ruchy: »Halbkrummliegend Knieteilung und Kniezusammendrückung unter Kreuzhebung«. Wśród tych ruchów kurczy się istotnie silnie przepona miednicza. Jeśli się chce skurcz ten badać, a przy braku osoby trzeciej niema się obu rąk do dyspozycyi, należy się ograniczyć do »Kniezusammendrückung«, przyczem z jednej strony działa wolna ręka lekarza, z drugiej jego tułów.

Badano skurcz przepony i w inny sposób, a mianowicie polecano chorej przeć lub kaszleć. Dla dokładności dodaję, że Martin badał kurczliwość przy stosowaniu prądu stałego.

Istnieje poza tem ruch, przy którym przepona miednicza popada odruchowo w skurcz, ruch, którego, o ile wiem, nie zalecano dotąd w celu badania sprawności przepony. Jest nim usiłowane podniesienie się z położenia na wznak, i to bez pomocy rąk, a więc ten sam ruch, który pozwala nam ocenić, czy i o ile mięśnie proste brzucha są w rozstępie. Badanie rozstępu mięśni prostych i szczeliny między dźwigaczami odbytu odbywa się wtedy równocześnie. I tu i tam wybadanie mięśni w spoczynku może być trudnem; przez współczesność pracy popadają one równocześnie w skurcz i pozwalają się doskonale obmacać.

Te różne sposoby badania różną też mają wartość praktyczną. Zalecane dla ćwiczeń gimnastycznych przez Thure-Brandta ruchy kończynami trudno zastosować w celu badania, jeśli się nie rozporządza asystencyą; kaszel wywołuje skurcze tak krótkotrwałe, że trudno poczynić potrzebne spostrzeżenia nad szerokością i długością szczeliny, oraz nad ewentualnem uszkodzeniem mięśni; parcie często nie daje wyników, gdyż chora ruch ten z różnych przyczyn zwykła wykonywać słabo, co też wobec współmierności skurczu tłoczni i przepony powoduje słaby, czasem wprost trudny do zauważenia skurcz przepony.

Doskonałym natomiast ruchem jest Thure-Brandta »Knipning« z podniesieniem krzyżów lub bez niego. Nie radzę, mimo to, ograniczać się do tego sposobu badania, gdyż może nas ono pouczyć co najwyżej o tem, jak szeroka jest szczelina wśród skurczu i jak silny jest mięsień, nigdy jednak nie odpowie nam na to pytanie, czy nie zachodzi w danym przypadku wada unerwienia i czy istnieje współczesność i współmierność skurczu dźwigacza odbytu i tłoczni brzusznej. »Knipning« wyjaśnia nam, jak działa ten mięsień, wprawiony wolą w ruch, jako istotny »dźwigacz odbytu«, a my przecież chcemy go poznać, jako »zwieracza miednicy«, (»sphincter pelvis« Schultz), a więc wtedy, kiedy pracuje odruchowo »w poruczonym zakresie działania«. Zauważyć przytem muszę, że mam podstawy do przypuszczenia, że nawet silny i przy »Knipning« energicznie pracujący mięsień, może nie działać wcale odruchowo i że w tej jego wadzie czynnościowej może leżeć przyczyna wypadnięcia macicy u kobiety, która nie rodziła.

Dla badania odruchowej pracy dźwigacza odbytu najodpowiedniejszym jest ruch, o którym wyżej mówiłem, t. j. usiłowane podniesienie się z pozycyi leżącej w siedzącą bez pomocy kończyn górnych. Ruch ten wymaga długiego i dużego wysiłku tłoczni brzusznej, powoduje więc silny i długotrwały skurcz przepony miedniczej, wśród którego możemy swobodnie ocenić wszystko, o co nam chodzi.

Konkluduję więc: wśród badania ginekologicznego trzeba: 1) obmacać mięsień w spoczynku, 2) zbadać jego zdolność do celowego skurczu podczas »Knipning«, 3) ocenić jego zdolność do odruchowego skurczu przy podnoszeniu się z pozycyi leżącej.

Pozostaje do omówienia pytanie, czy przeponę miedniczą należy badać palcem, leżącym w pochwie, czy w odbytnicy.

Badanie przez pochwę jest do tego celu wystarczające i dla chorej mniej przykre. Z pewnością niektóre szczegóły, jak n. p. stan płytki mięśniowej, rozpiętej poza odbytnicą, łatwiej jest ocenić przez odbytnicę, o to jednak zwykle nie chodzi; w codziennych przypadkach zajmuje nas raczej stan brzegów mięśniowych, obejmujących pochwę i przednich zakończeń mięśnia przy kościach łonowych, co przez pochwę dobrze stwierdzić można. Palec, leżący w pochwie i zwrócony opuszką ku tyłowi, wyczuwa zresztą wśród skurczu doskonale tylną, pozaodbytniczą część mięśnia, o ile kiszka nie jest przepełniona kałem. Badanie palcem, skierowanym ku tyłowi, jest nadto niezbędne dla oznaczenia długości szczeliny z przodu w tył. W przypadkach, w których mięsień działa silnie, szczególnie u kobiet, które nie rodziły, odbytnica zbliża się wśród skurczu mięśnia wybitnie ku spojeniu i przesuwa też w tym kierunku pochwę, co sprawia, że pochwa zagina się, tworząc na ograniczonej przestrzeni wypuklenie, zwane »wzgórkiem pochwy« (promontorium vaginae).

Wszystkie te interesujące szczegóły wybadać można, poświęciwszy na to nie więcej, jak minutę czasu. Dają nam one doskonałe pojęcie o anatomii i fizyologii tego ważnego mięśnia, który, wziąwszy na siebie pracę przeciwdziałania wielekroć silniejszej od siebie tłoczni brzusznej, zabezpiecza kobietę przed przykrą ułomnością, jaką jest wypadnięcie macicy.

Od czasu, kiedy Schultze nauczył nas badać oburęcznie, badanie ginekologiczne nie uległo zasadniczej zmianie dlatego, że zadanie jego — zbadania macicy i jej przydatków, pozostało temsamem, jakiem było za czasów Schultzego. A przecież zwykłe badanie przez pochwę dostarczyć nam może i innych ważnych danych, n. p. co do moczowodów lub co do mięsnej przepony miedniczej. W tym ostatnim kierunku powinno też być badanie przez pochwę rozszerzone, i to w każdym przypadku, a nietylko u chorych z wypadnięciem macicy.

Piśmiennictwo. 1) Adolph: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. t. XXX, str. 320. — 2) Bürger: Arch. f. Gyn. l. 73. — 3) Bumm: Centr. f. Gyn. 1910, str. 783. — 4) Cluzau: Thèse de Bordeaux, 1909. — 5) Delanglode: Annal. de gyn. et d'obst. 1907. — 6) v. Franqué: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. l. XXXIII, str. 571 — 7) Graf: Monats. f. Geb. u. Gyn. XXXIV, nr. 6. — 8) Guinsbourg: Thèse de Paris 1908. — 9) Halban Tandler: Anat. u. Aetiol. der Genitalprolapse, 1907. — 10) Halban: Zentr. f. Gyn. 1913, str. 858. — 11) Hartings Tweedy: Journ. of Obst. and Gynek. 1912, March. — 12) Van der Hoeven: ref. Centr. f. Gyn. 1910, str. 742. — 13) Jaschke: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. t. 74, str. 678. — 14) Krönig: Arch. f. Gyn. l. 92, str. 83. — 15) Latzko: Centr. f. Gyn. 1913, str. 858. — 16) Martin E.: — 17) Martin: Centr. f. Gyn. 1910, str. 735. — 18) Nebesky: Arch. f. Gyn. 87, str. 497. — 19) Pankow: Zentr. f. Gynaek. 1909, str. 1015. — 20) Piquaud et Renaud: Rev. de gynec. et de chir. 1908, nr. 1. — 21) Radwańska: Przegl. lek. 1916, nr. 2. — 22) Rosenthal: Berl. klin. Woch. 1911, nr. 25. — 23) Reclus: Gazette des hopitaux 1908, nr. 30. — 24) Schultz: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. XXXVIII, str. 681. — 25) Sellheim: Monats. f. Geb. u. Gyn. XXXVI, str. 141. — 26) Thure-Brandt: Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten, Berlin 1891. — 27) Victor Caesar: Inaug. Diss. Freiburg 1910. — 28) Wagner: Zentr. f. Gyn. 1912, str. 917.

Z kliniki chirurgicznej (dyrektor radca dworu Prof. Dr L. Rydygier) i zakładu anatomii patologicznej (dyrektor Prof. Dr Z. Dmochowski) Uniwersytetu we Lwowie.

O wpływie podwiązywania tętnicy płucnej na płuco i o jego znaczeniu leczniczem.

(Badania doświadczalne*)

podał

Dr Tadeusz Ostrowski

asystent kliniki.

Dane anatomopatologiczne, jakoteż wyniki spostrzeżeń klinicznych i prac doświadczalnych wskazują, że gojeniu się spraw zapalnych o charakterze rozpadowym towarzyszy bujanie tkanki łącznej, przechodzącej we włóknistą, bliznowatą. Bujanie to nazywamy nawet odczynowem, ma ono być wyrazem odczynu tkanki zdrowej na bodziec chorobowy; ta tkanka łączna otarbia ognisko zapalne, wypełnia ewentualny ubytek, na którego miejscu powstaje ognisko bliznowate. Analogiczne zjawisko spostrzegamy w przypadkach zgojenia się ognisk gruźliczych w ogólności, a gruźlicy płuc w szczególności. Gdzie w przypadkach gruźlicy płuc spotykamy się z tak zwaną włóknistą postacią (tuberculosis fibrosa pulm.), wiemy dobrze, że mamy do czynienia ze sprawą chorobową, która przy przewlekłem swem trwaniu okazuje skłonność do gojenia się, nieraz do zupełnego zabliźnienia się sprawy rozpadowej, Badanie mikroskopowe tej postaci gruźlicy płuc daje obrazy. znakomicie ilustrujące ten proces »gojenia się«. Zamiast ognisk o budowie, typowej dla sprawy gruźliczej, a więc typowych gruzełków, guzów gruźliczych, składających się ze skupień gruzełków i t. d., spotykamy pośród zajmującej nieraz całe pole widzenia tkanki włóknistej, mniej lub więcej naciekłej, tu i owdzie gruzełki o charakterystycznej budowie gruzełka włóknistego, t. zn. gdzie tkanka ziarninowa, względnie komórki nabłonkowate, są zastąpione przez tkankę łączną włóknistą. Nieraz gruzełków wcale nie spotykamy, tylko poszczególne komórki olbrzymie, porozrzucane zrzadka wśród tkanki łącznej; czasami, w późniejszym okresie, nie widzimy nawet komórek olbrzymich, spotykamy tylko tkankę łączną o wybitnym charakterze bliznowatej.

Wychodząc z tego założenia, że przez sztuczne wywołanie w płucu bujania tkanki łącznej, analogicznego do powyżej podanego, możemy uzyskać wyleczenie sprawy gruźliczej płuc, podano cały szereg metod leczniczych, mających to bujanie na celu.

Zajmiemy się tylko metodami chirurgicznemi. Rozróżnić możemy tu, idąc za Hermanem, dwie grupy zabiegów: bezpośrednich i pośrednich. Do pośrednich zaliczyć możemy zabiegi, mające na celu t. zw. ugniecenie (kompresyę) płuca, a więc wytwarzanie odmy sztucznej i torakoplastykę, czyli uruchomienie ścian klatki piersiowej przez wycięcie żeber Kliniczne spostrzeżenia potwierdzają fakty, uzyskane dzięki doświadczeniom na zwierzętach. Nie da się mianowicie zaprzeczyć, że w pewnych postaciach suchot płucnych zabiegi wyżej wspomniane dają wybitną poprawę; towarzyszy temu bujanie bardzo obfite tkanki łącznej bliznowatej w płucu, utrzymywanem przez pewien czas w stanie nieruchomym lub w małej ruchomości i przytem zapadniętem, analogicznie do stanu wydechu, lub nawet w znaczniejszym stopniu uciśnięcia.

Korzystny wpływ wspomnianych zabiegów operacyjnych na przebieg gruźlicy płuc możemy sobie tłomaczyć dwojako, a mianowicie, dodatnio działać tu może spokój, w jakim znajduje się płuco uciśnięte, oraz zmiana w krążeniu w zakresie danego płuca i następstwa tej zmiany.

O dodatnim wpływie spokoju, czy unieruchomienia, na sprawy gruźlicze, wiemy bardzo dobrze na podstawie klinicznych spostrzeżeń w gruźlicy chirurgicznej, n. p. kości i stawów, przy której leczeniu nieraz t. zw. »ustalenie« kończyny jest najbardziej skutecznym czynnikiem, a zawsze jest uważane za »conditio sine qua non« przy wszystkich innych zabiegach leczniczych. Doświadczenia i spostrzeżenia z zakresu operacyjnego leczenia gruźlicy płuc również znakomicie przemawiają na korzyść tej zasady »unieruchomienia« płuca [Forlanini, Brauer, Friedrich, Sauerbruch, Wilms, jako przedstawiciele pewnych typowych zabiegów, mających na celu unieruchomienie płuc], podczas gdy metoda Freunda, wprowadzająca zasadę wzmożonej czynności chorego płuca i rozszerzonego zakresu »przewietrzania« płuca, poza nielicznymi, poszczególnymi przypadkami, nie znalazła praktycznego zastosowania.

Co się tyczy sprawy zmiany krążenia krwi i limfy w płucu i dodatnich skutków tej zmiany na przebieg sprawy gruźliczej, to na ogół znalazła ona przyjęcie przychylne; uznano bowiem za fakt konkretny zjawisko »gojenia« się sprawy gruźliczej w płucach po zabiegach chirurgicznych, którym towarzyszą zmiany w krążeniu w zakresie danego płuca; wyprowadzano też ścisły związek przyczynowy pomiędzy temi zmianami w krążeniu i »gojeniem« się sprawy gruźliczej w płucu.

Na czem jednak polegają owe zmiany w krążeniu, które towarzyszą tym »unieruchomiającym« operacyom? Dwie biegunowo różniące się odpowiedzi znajdujemy w piśmiennictwie; początkowo ogólnie przyjęty był pogląd, że w płucu, unieruchomionem w okresie wydechu, mamy znacznie mniejszy stopień wypełnienia krwią jego tkanki, aniżeli w płucu w okresie wdechu. Mniejszemu ukrwieniu płuc miało towarzyszyć również zwolnienie obiegu krwi i limfy.

Dopiero prace Cloetty zachwiały tym poglądem, w następstwie czego zaszła potrzeba wykonania osobnych prac, mających na celu dokładniejsze zbadanie istotnego stanu rzeczy.

Cloetta nie zgadzał się z zapatrywaniem, jakoby w płucu ugniecionem było mniej krwi, aniżeli w płucu rozszerzonem, odpowiadającem okresowi wdechu. Doświadczenia Cloetty, przeprowadzone na zwierzętach, wykazują, że płuco najlepiej jest ukrwione wtedy, kiedy, znajdując się pod bardzo słabem ciśnieniem ujemnem, odpowiadającem 2—3 mm Hg, wykonuje bardzo nieznaczne wychylenia oddechowe; te warunki mamy w przypadkach torakoplastyki, stosowanej przy gruźlicy płuc; dodatnie jej wyniki tłomaczy sobie Cloetta właśnie tem znakomitem ukrwieniem płuca. przy jednoczesnem ograniczeniu jego czynności i ruchów z nią połączonych.

Po wycięciu ściany klatki piersiowej, umieszczał Cloetta jedno płuco szczelnie w sporządzonym przez siebie pletysmografie: po zupełnem zniesieniu ruchów oddechowych przez podanie kurary, wdmuchiwał do płuc tlen i utrzymywał je przy jednym stanie wydęcia. Wychylenia, które wykazywał pletysmograf, mogły zależeć wówczas jedynie od stopnia wypełnienia krwią naczyń płuc, a wychylenia te miały rzeczywiście charakter tętniący. Przy słabym stopniu wydęcia płuc, odpowiadającym wydechowi, tętnienie to było bardzo wybitne i świadczyło zdaniem Cloetty za tem, że w tym stanie płuco jest należycie ukrwione i znakomicie odżywione. Odmienne zjawisko spostrzegał Cloetta przy znacznem wydęciu płuca; wychylenia w pletysmografie były znacznie słabsze. Pomiary ciśnienia w tętnicy głównej, w analogicznych warunkach robione, potwierdzały wnioski, wyprowadzone na podstawie poprzednich spostrzeżeń, jak również badania drobnowidowe odcinków płuc, uzyskanych w okresie rozdęcia płuca i jego ugniecenia; w pierwszym przypadku naczynia krwiono-

*) Pracę niniejszą oddano do Redakcyi »Lwowskiego Tygodnika lekarskiego« w maju r. 1914. Z powodu zawieszenia wydawnictwa w lipcu r. 1914 dopiero obecnie ogłoszona zostaje.

śne włosowate były zwężone i wyprostowane, w drugim, odpowiadającym wydechowi, szerokie, wężykowato pokręcone.

Jakkolwiek wywody Cloetty były skierowane przeciw dotychczasowemu tłómaczeniu działania odmy piersiowej na krążenie w płucach, to nie sądzę jednak, aby same fakty, spostrzegane przez Cloettę, zbijały tłómaczenie jego poprzedników: a mianowicie z doświadczeń Cloetty wynika, że przy odmie piersiowej naczynia krwionośne płuc są znakomicie krwią wypełnione, nie wynika jednak z tego, że mamy tu do czynienia z przekrwieniem czynnem, a nie biernem, że w warunkach tych płuco lepiej jest odżywione, że nie mamy tu zastoju krwi, względnie osłabionego obiegu. Podniesienie tętna, spostrzegane przez Cloettę w okresie osłabienia ujemnego ciśnienia w jamie opłucnej, przez wytwarzanie odmy, nie dowodzi również, że w płucach zachodzi wówczas zmiana na lepsze co do warunków odżywiania płuca samego; wiemy przecież, że w warunkach, kiedy we krwi jest nagromadzona znaczna ilość bezwodnika kwasu węglowego, tętno, wskutek podrażnienia ośrodków nerwu błędnego bezwodnikiem, bywa też silnie napięte, — a nie możemy wtedy mówić o lepszem odżywianiu płuca (Kakowski, Aron, Knoll, Hnatek, Sauerbruch, Walther).

Po ogłoszeniu prac Cloetty znajdujemy prace Brunsa, Lohmanna, Müllera, zajmujące się sprawą krążenia w płucach w rozmaitych stanach ich wydęcia: prace te dają wyniki jednogłośnie sprzeczne z wynikami pierwotnych badań Cloetty, a mianowicie wykazują one, że płuco w stanie zapadnięcia (niedodmy) zawiera mniej krwi, aniżeli w stanie wydęcia, również, że płuco zapadnięte w pewnym określonym przeciągu czasu otrzymuje mniejszą ilość krwi, aniżeli płuco wydęte: wydęcie nawet bardzo znacznego stopnia, bo odpowiadające ujemnemu ciśnieniu w jamie opłucnej, równającemu się słupowi 30 cm wody, sprzyja lepszemu ukrwieniu płuca. W płucu, znajdującem się w stanie zapadnięcia, a tembardziej uciśniętem przez sztuczną odmę, stwierdzono bardzo słabe wypełnienie krwią naczyń krwionośnych: mianowicie naczynia włosowate w przegrodach międzypęcherzykowych często były zupełnie próżne, a krew spotykano w większych ilościach tylko w większych tętnicach i żyłach.

Również i Cloetta w ostatnich swych pracach modyfikuje swoje poglądy, a mianowicie w pracy nad sprężystością płuc i znaczeniu jej dla krążenia dochodzi do wniosków, opartych na spostrzeżeniach na zwierzętach i obliczeniach matematyczno-fizycznych, że warunki krążenia w płucu polepszają się przy przejściu okresu wydechu w okres wdechu; zależy to w szczególności od tego, że naczynia krwionośne w płucu zapadniętem są pokręcone wężykowato, a znaną rzeczą jest, że przepływanie płynów lepkich (viskös) przez takie kanały jest o 15% trudniejsze, niż przez kanały proste, o ile przekrój poprzeczny tych kanałów prostych nie jest mniejszy, niż o 0·1 cm². Cloetta doświadczalnie ustalił, że dopiero w płucu wydętem do połowy swego »maximum« naczynia krwionośne wyprostowują się, a zatem wówczas dopiero następują te warunki, sprzyjające krążeniu krwi w płucach. Przy dalszem jednak wydęciu płuca, zdaniem Cloetty, warunki te ulegają zmianie na niekorzyść; zależy to od tego, że wówczas naczynia krwionośne ulegają rozciągnięciu podłużnemu, co, jak wykazał Tendeloo, wywołuje mniejszą ich pojemność. Dodatni wpływ wdechu na krążenie w płucach może zależeć też, chociaż co prawda tylko w nieznacznym stopniu, od tego, że naczynia krwionośne przy wdechu ulegają pewnemu poprzecznemu rozszerzeniu wskutek pociągania przez tkankę płucną, rozprężającą się w tym okresie; również i obniżenie ciśnienia powietrza w pęcherzykach płucnych w częściach przybrzeżnych (Randzonen der Lunge) w okresie początkowym wdechu może warunkować rozszerzenie naczyń krwionośnych płuca i swobodniejszy przepływ krwi przez nie.

Zestawienie powyższych wniosków Cloetty z wywodami Brunsa, Lohmanna i Müllera, pozwala nam przyjąć ten pogląd, że w okresie wdechu, w początkowej jego fazie aż do fazy, kiedy płuco osiąga 50% swego »maximum« objętości (Volumvergrösserung), warunki krążenia w płucu zmieniają się w znaczeniu dodatniem, przy wydechu zachodzą zmiany o charakterze ujemnym.

Na podstawie powyższych doświadczeń należy sądzić, że zmiany w krążeniu, występujące w płucach po zabiegach operacyjnych, unieruchomiających płuco w okresie wydechu i ugniatających płuca, będą polegać na osłabieniu krążenia, na zwolnieniu obiegu krwi i na zmniejszonem wypełnieniu naczyń krwionośnych płuc.

Przyjąwszy takie założenie co do samego zjawiska krążenia w płucu zapadniętem lub ugniecionem, możemy sobie trojako tłómaczyć działanie tej leczniczej zmiany w krążeniu na sprawę gruźliczą, toczącą się w płucu:

1) Powolny obieg krwi w uciśniętem płucu wywołuje nagromadzanie się we krwi bezwodnika kwasu węglowego (CO_2) i ogranicza »utlenianie« krwi. Obydwa te warunki, jak wiemy z biologii prątka gruźliczego, nie sprzyjają jego rozwojowi, mogą temsamem zapobiegać dalszemu rozwojowi sprawy gruźliczej. Tłómaczenie to znajduje swe uzasadnienie w teoryi Biera; znajdujemy bowiem w danym razie zupełną analogię z tak zwanem przekrwieniem biernem. Jak zauważa Bruns, analogia jest zupełna: mianowicie w przypadkach, gdzie ugniecenie płuca chorego ustępuje, klinicznie występuje nieraz ponowne pogorszenie, — analogia do spostrzeżeń Lexera, który, postępując według metody Biera, widział objawy gwałtownego nagromadzania się toksyn w ogólnym obiegu krwi po zdjęciu opaski uciskającej. Z chwilą ustąpienia ugniecenia płuca występuje ożywione krążenie w danem płucu i jady gruźlicze, nagromadzane w czasie zastoju w tem płucu, przedostają się do ogólnego krążenia.

2) To nagromadzanie się na jednem miejscu jadów gruźliczych, względnie prątków Kocha przy zwolnionem i osłabionem krążeniu w uciśniętem płucu, to drugi skutek dodatni omawianych zabiegów operacyjnych, wskutek których utrudnione jest rozszerzanie się i uogólnianie sprawy gruźliczej i jej następstw; spostrzeżenia kliniczne znakomicie to ilustrują.

3) Trzecie zjawisko, świadczące o dodatnim wpływie zwolnionego krążenia w ugniecionem płucu, to są zmiany miejscowe w tem płucu. Ostatecznym ich wynikiem jest wybitne bujanie w płucu chorem tkanki łącznej, w którem to bujaniu jesteśmy skłonni widzieć proces otarbiania sprawy gruźliczej, sprawę gojenia się, analogicznie do włóknistej postaci gruźlicy płuc.

Zagadnienie związku przyczynowego pomiędzy bujaniem tej tkanki włóknistej i zwolnionem krążeniem nie jest ostatecznie rozstrzygnięte; że to bujanie powstaje, o tem wiemy dobrze i z prac doświadczalnych na zwierzętach i z doświadczeń klinicznych i z wyników sekcyjnych, nie jest jednak ustalone wytłómaczenie, jaką drogą dochodzi do tego bujania owej tkanki. Do sprawy tej powrócę jeszcze poniżej.

Zabiegiem operacyjnym z grupy bezpośrednich, t. j. wykonywanym na samem płucu, a mającym na celu leczenie operacyjne gruźlicy płuc, jest podwiązanie gałęzi tętnicy płucnej tego płatu, który jest zajęty przez sprawę gruźliczą. Zabieg ten pierwotnie podany został przez Sauerbrucha i Brunsa; doświadczenia ich na zwierzętach wykazywały, że po podwiązaniu gałęzi tętnicy płucnej występuje w odnośnym płacie płuca wybitne bujanie tkanki łącznej, jakie zwykle widujemy w narządach miąższowych po przewlekłych sprawach zastojowych, wiodące do zmniejszania się i »karnifikacyi« danego narządu. Z pracy doświadczalnej Kawamury, który operacyę tę wykonywał na psach z gruźlicą płuc, widzimy, że po tej operacyi występowało w płucu gruźliczo zmienionem »gojenie się«, analogiczne do zjawiska, spostrzeganego w płucu gruźliczo

zmienionem przy sztucznej odmie piersiowej, a więc na pierwszem miejscu bujanie tkanki łącznej.

Zjawiskiem charakterystycznem tak dla pierwszej grupy zabiegów, jak i dla zabiegu wspomnianego przed chwilą, jest wybitna zmiana krążenia w płucach. Jak widzimy z wywodów poprzednich, zmiana ta polegać może bądź to na zwolnieniu obiegu krwi przy odmie piersiowej i torakoplastyce, bądź to na częściowem przerwaniu dopływu krwi wskutek podwiązania gałęzi tętnicy płucnej. To są fakta, dające się łatwo stwierdzić; trudniej jest udowodnić, na czem polega związek przyczynowy pomiędzy temi zmianami w krążeniu w płucu z jednej strony, a »gojeniem się« sprawy gruźliczej z drugiej strony.

Celem bliższego zapoznania się z tą sprawą, wykonałem szereg doświadczeń na psach. W doświadczeniach tych zająłem się przedewszystkiem sprawą wpływu podwiązywania gałęzi tętnicy płucnej na zmiany w samem płucu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O sztucznej odmie piersiowej.

Część I teoretyczna.

Przez

Dr Kazimierza Dłuskiego

Dyrektora Sanatoryum w Zakopanem.

(Dokończenie).

Zator gazowy.

Gdy gaz dostaje się do naczyń, może nastąpić śmierć natychmiastowa, lub szereg ciężkich, ale przemijających (dzięki wchłonięciu gazu przez krew) objawów ze strony układu nerwowego, serca i płuc: utrata przytomności, kurcze, porażenia, tętno drobne i przyspieszone, duszność, sinica i t. d. Ale tesame objawy, przemijające lub zakończone zejściem, mogą nastąpić przy tak zwanej »rzucawce opłucnej«. — Pierwszego poglądu broni zawzięcie Brauer i jego szkoła, opierając się głównie na fakcie pojawiania się — natychmiast po powstaniu zatoru. — pęcherzyków powietrza w naczyniach na dnie oka u zwierząt i u ludzi ale znikających z tych naczyń, jak stwierdza wziernik, w ciągu kilku minut. Drugiego poglądu broni Forlanini i jego szkoła. Fakty kliniczne i wyniki sekcyi przemawiają za jednym i za drugim, sam zaś mechanizm powstawania zatoru gazowego przy odmie niejednokrotnie nie jest jasny. Nawet, co się tyczy mechanizmu zatoru gazowego w żyłach wielkiego krążenia podczas zabiegów na szyi, kończynach górnych lub dolnych, macicy i t. d. poglądy są podzielone. Różni badacze podają trzy przyczyny śmierci, które Niemcy określają przez skrócone nazwy: »Herztod«, »Lungentod«, »Gehirntod«. »Herztod« daje się wytłumaczyć porażeniem serca przez wydęcie gazem nakształt balonu. »Lungentod« — przez zatkanie naczyń włoskowatych płucnych gazem. Natomiast przepchanie się gazu przez naczynia włoskowate do żył płucnych, a dalej przez lewe serce do mózgu uważają niektórzy badacze za zgoła niemożliwe, lub za wyjątkowe (Wolff).

Przy odmie sztucznej mechanizm ten przedstawia się, jak twierdzi Brauer, prosto, gdyż gaz dostaje się bezpośrednio do żył płucnych przy ich przebiciu. I tu nie jest konieczne wtargnięcie gazu z zewnątrz pod ciśnieniem. Wystarcza skaleczenie żyły, która utraciła swą sprężystość wskutek sąsiedztwa nacieklej tkanki (w gruźlicy, nowotworach i t. d.), aby mogła aspirować powietrze z sąsiednich pęcherzyków i aby tym sposobem powstał zator w mózgu czy dostaje się z zewnątrz azot, lub tlen. Tlen bowiem, dostając się w żyłach płucnych do krwi tętniczej, już utlenionej, nie może być przez krew wchłonięty i może wywołać śmierć już w bardzo małych ilościach, na co Brauer przytacza dowód kliniczny. Wreszcie twierdzi Brauer, że niezawsze można znaleźć na sekcyi »corpus delicti«, t. j. bańki gazowe w naczyniach mózgowych. Pomimo to przyczyną zejścia śmiertelnego pozostaje niezmiennie zator gazowy. Główną zaś rolę wedle Wevera i Brauera odgrywają nie ilości gazu, lecz ośrodki mózgowe, ważne pod względem życiowym. Teoryi Brauera broni Orłowski, wywodząc na swym przykładzie, że objawy mózgowe, pomyślnie zakończone dzięki wchłonięciu gazu przez krew, wywołują zmiany nie anatomiczne, lecz czynnościowe, w mózgu i układzie nerwowym.

Popatrzmy, co powiadają inni badacze. Najprzód co się tyczy mechanizmu. — Są, przypadki zakończone zejściem śmiertelnem, bez żadnego uszkodzenia żył płucnych, jak n. p. przypadek opisany przez Zinka, gdzie przy drugiem napełnianiu nastąpiło prawdopodobnie skaleczenie naczynia na ścianie klatki piersiowej; gaz więc miał dostać się do naczyń mózgowych przez naczynia włoskowate płuc[1]). Przy uszkodzeniu naczyń klatki piersiowej możliwe jest dostanie się gazu na drodze powrotnej, wprost do tętnicy płucnej przez żylakowate sploty żylne w zrostach opłucnej, wykazane przez Forlaniniego.

Są i takie przypadki, jak uprzejmie mi udzielony przez prof. Ciechanowskiego (za łaskawem zezwoleniem prof. Browicza), gdzie przy resekcyi IX żebra z powodu ropniaka opłucnej lewej, nastąpiła natychmiast śmierć. Prof. Ciechanowski stwierdził na sekcyi bańki powietrza w nienaruszonej jeszcze tętnicy podstawnej mózgu i sądzi, że: »obraz sekcyjny nie jest jasny; dla jego wytłumaczenia trzebaby przyjąć możliwość przejścia powietrza w ilości dość znacznej przez włoskowate krążenie płucne i aspiracyę powietrza przez otwartą jakąś żyłę, — tymczasem przy operacyi nie zauważono, by została skaleczona jakaś większa żyła«. — Mamy wreszcie trzy przypadki śmierci, opisane przez Sundberga, z których jeden w 36 godzin po 8. napełnieniu, drugi w 3 godziny po 22. napełnieniu, trzeci w kilka minut przy 6. napełnieniu. W żadnym z nich nie znaleziono ani uszkodzenia naczyń płucnych, ani baniek gazu: w mózgu, sercu, lub płucach. Natomiast w pierwszym przypadku stwierdzono przekrwienie naczyń mózgowych i liczne ogniska rozmięknienia w mózgu w postaci, przypominającej krwotoczne zapalenie (encephalitis haemorrhagica), w drugim przypadku skurczowe zamknięcie szpary głośni — śmierć przez uduszenie (autor przytacza analogiczne wyniki sekcyi w innych przypadkach), w trzecim niedokrwienie w naczyniach głowy, mózgu i serca, wybitne przepełnienie krwią naczyń tułowia, a szczególnie jamy brzusznej i kończyn, wszystko razem na tle zaburzeń naczynio-ruchowych. W każdym z tych trzech przypadków uważa Sundberg za źródło powstałych zmian odruch opłucnej, poddaje ścisłej krytyce ekskluzywną teoryę Brauera, powołuje się oprócz wyników sekcyi na doświadczenia na zwierzętach i na spostrzeżenia kliniczne.

Wolff wpuścił psu do prawej żyły szyjnej 130 cm^3 w ciągu 2 godzin, w dawkach 10—30 cm^3 co 10 minut; zwierzę nie okazywało żadnych zaburzeń. Forlanini wpuszczał psu, *z tą samą szybkością, co przy odmie u człowieka* (słowa te podkreślamy) 6—8 cm^3 powietrza do lewej komory serca, 2—3 cm^3 do tętnicy szyjnej (carotis primitiva), nie wywołując żadnych zaburzeń. Stąd też, gdy zestawimy porównawczo wagę ciała u psa i u człowieka, nasuwają się wątpliwości, czy minimalne ilości gazu, przez lewe serce. Przytem jest dla Brauera rzeczą obojętną,

[1]) W żyłach opon miękkich znalazł Zink sporo baniek gazu, ale przy odklejaniu opony twardej naczynia miejscami zostały uszkodzone.

jak sądzi Brauer, istotnie mogą wywołać ciężkie objawy zatoru?

W obszernem piśmiennictwie, zestawionem przez Wevera, trudno nam w całym szeregu przytoczonych przypadków orzec, czy chodzi o zator, czy o rzucawkę opłucną. Mamy znów przypadki, gdzie przyczyna poważnych zaburzeń mózgowych, przejściowych, lub zakończonych zejściem śmiertelnem, leży wedle wszelkiego prawdopodobieństwa w opłucnej. Zebrane przez Zesasa 54 przypadki (8 próbnych nakłuć, 32 przemywania i wstrzykiwania, 14 operacyi ropniaka opłucnej), z których 21 śmiertelnych, przemawiają za rzucawką opłucną. Przypadek Siliga, z prawostronnem porażeniem i zupełną ślepotą w ciągu kilku minut, gdzie igła przy napełnianiu znajdowała się w wolnej jamie opłucnej (stwierdzono promieniami Röntgena podczas zabiegu), przemawiałby także przeciw zatorowi. Z drugiej strony przypadki nie śmiertelne, pociągające jednak za sobą długotrwałe porażenie, należałoby przypisać zatorowi.

Ciekawą w tej zawikłanej sprawie jest ta okoliczność, że Brauer, krytyk niemiłosierny zwolenników »rzucawki«, sam ją przyjmuje, ilustrując ciężkimi przemijającymi objawami w sferze mózgu, serca i płuc, ale nie w tak wysokim stopniu, jak przy zatorze. Podaje on na gruncie faktów klinicznych następujące przyczyny odruchu opłucnego u osobników z nadmierną pobudliwością nerwową: 1) nizka w stosunku do ciepłoty ciała ciepłota azotu, 2) sam fakt przebicia opłucnej, 3) wreszcie samo dotknięcie opłucnej tępym zgłębnikiem [w przypadku No 29 Brauera nastąpił wskutek zgłębnikowania (Touchieren der Pleura) ciężki napad duszności ze skurczem głośni, pomyślnie zakończony]. A właśnie tesame przyczyny »rzucawki opłucnej» podają jej zwolennicy. — Streszczając wszystko wyżej przytoczone, możemy powiedzieć, że sprawa różniczkowego rozpoznania między zatorem, a rzucawką opłucną, nie jest dotąd rozstrzygnięta.

Wysięki.

Wysięki były przedmiotem licznych badań; atoli liczne są wątpliwości, związane z ich pojawieniem się i przebiegiem. Jeśli zważyć, że wysięki ukazują się średnio w 40—50% odmy, to już sama ich częstość jest uderzająca.

Jakie są przyczyny wysięków? Pewną jest jedna: przebicie powierzchownego, rozmiękłego ogniska płucnego do opłucnej z następczym wysiękiem ropnym. Wysięk ropny może powstać wskutek natrafienia narzędzia na rozmiękłe ognisko, ale to rzecz wyjątkowa. Wysięki na początku, jak wskazuje klinika, najczęściej są surowicze, więc gdzież jest ich źródło? Zauważono, iż zdarzają się częściej u chorych ze słabą odpornością ustroju; ta atoli okoliczność może być uważana za podłoże zarówno do rozwoju gruźlicy, jak też i powstawania wysięków, ale nie za przyczynę. Brauer szuka przyczyny we wzmożonem ciśnieniu; przeczy mu Keller, gdyż spostrzegał wysięk, który powstał przy — 4+5, wessał się zaś przy podniesieniu ciśnienia niemal trzykrotnie. Forlanini kładzie nacisk na zaziębienie i gościec. Drugi czynnik jest racyonalny; o ile jest nim pierwszy, dowieść trudno. Muralt, Dumarest, Brauer i inni spostrzegali zjawienie się wysięków w najbliższych dniach po zapaleniu gardła lub zapaleniu oskrzeli i łączą je przyczynowo. Nie wiadomo jednak, czy nie zachodziło jakieś zakażenie, na tle którego mogły powstać współrzędnie: wysięk, zapalenie gardła i zapalenie oskrzeli.

Pomienione przyczyny zjawiają się jednak rzadko i nie mogą nam wytłómaczyć powstawania wysięków u połowy chorych ze sztuczną odmą. Jeśli zaś zważymy, że czas pojawiania się wysięków leży w granicach bardzo rozciągłych: od kilku dni do 14 miesięcy (w naszem Sanatoryum), że zjawiają się one niespodzianie wśród pomyślnego przebiegu odmy, że czas ich trwania, zwiększanie, lub zmniejszanie i wessanie się, przejście surowiczego w ropny i t. d., podlegają falowaniom bez określonego związku z przebiegiem odmy, — wówczas możemy powiedzieć z Hymansem, że o »etyologii wysięków mało co wiemy«. — Przyczyny szukać należy w zmienionych właściwościach opłucnej. Światło zaś na sprawę mogą rzucić badania jej zdolności wydzielniczych i resorbcyjnych w stanie prawidłowym i chorobowym, oparte na badaniach cytologicznych, chemicznych i bakteryologicznych. Tu jednak, niezależnie od trudności przeprowadzenia doświadczeń u zdrowego człowieka, zachodzi i ta okoliczność, że nie wiadomo, w jakim stopniu wpływają różne czynniki, jak dyfuzya, osmoza, ruchy oddechowe, szybkość obiegu krwi i t. d. Nadto na podstawie doświadczeń na zwierzętach, jedni, jak Grober, twierdzą, iż czynność tę w prawidłowych warunkach spełniają naczynia limfatyczne opłucnej, tylko ściennej, Mayer zaś twierdzi, że obie opłucne i płuca odgrywają jednakową rolę. Naturalnie, że dla tej zawikłanej sprawy udział jednej lub obu opłucnych nie może być rzeczą obojętną.

Doświadczenia na zwierzętach świadczą o wielkich zdolnościach wydzielniczo-wsysających opłucnej. — Badania Fleinera z r 1888 wykazują, że jeden ruch oddechowy wystarcza, aby płyn z zawartą w nim zawiesiną przedostał się z jamy opłucnej do szczelin limfatycznych. Przytoczony przez Fleinera Afanasjew po wstrzyknięciu rozczynu karminu do opłucnej znajduje go już w 20 minut potem w moczu. Potwierdzają to następne badania Grawitza i Grobera. Grober stawia nadto jako zasadę, że u zdrowych zwierząt wessanie odbywa się w prostym stosunku do czasu i wagi zwierzęcia. Ostatnimi czasy ciekawe doświadczenia przeprowadził Meyerstein. Wprowadzając salicylan sodu (0·1 gr. w 1 cm^3 rozczynu fizyologicznego) do opłucnej królików zdrowych, znajdował go w moczu we 20—27 minut potem (dożylnie po 5—8 minutach, per os po 40—50 minutach). Jeśli do salicylanu dodawał 20 cm^3 surowicy królika, ogrzanej do 37°, lub 20 cm^3 azotu, opóźnienia nie było, czyli wypełnienie jamy opłucnej niemal do połowy pojemności nie wpływało na jej czynności wsysające. Dopiero przy dodaniu 40 cm^3 surowicy lub azotu następowało opóźnienie przeszło dwukrotne. Co się tyczy zdolności wydzielniczych, to jodek potasu, wprowadzony »per os« królikowi, zjawiał się w moczu średnio w 15—20 minut (czasem 30—40 min.), w płynie opłucnym w 5—17 minut po zjawieniu się w moczu.

Przechodzimy do człowieka. Już w 1823 r. Davy, badając skład powietrza w odmie naturalnej na zwłokach, wykazał, że opłucna wsysa tlen, a wydziela kwas węglowy. W 1860 Demarquay i Leconte pierwsi wykazali na żywym człowieku, że w zamkniętej odmie znajduje się znacznie więcej kwasu węglowego, niż tlenu, co w kilkanaście lat potem stwierdził Ewald. Ostatnimi czasy podał Tobiesen ciekawe szczegóły o właściwościach wydzielniczo-wsysających opłucnej, badając skład powietrza w rozmaitych postaciach odmy naturalnej u człowieka. W zamkniętej odmie n.p. po 12 dniach znalazł on następujący, znacznie zmieniony skład powietrza: O_2—0·09%, CO_2—11·33%, Az—88·58%.

Inaczej rzecz się przedstawia z wydzielaniem i wsysaniem ciał stałych w odmie sztucznej z wysiękiem lub bez niego. Badań w tym kierunku niestety mało.

Wydzielanie. Mayer wprowadzał jodek potasu w ilości 4—5 gr. »per os« i znajdował jod w wysięku dopiero po upływie 3—4 godz. Ale im dłużej trwała odma, tem mniej było jodu. Dłuższy zatem pobyt azotu wpływał ujemnie na czynność opłucnej.

Wsysanie. Przy wprowadzeniu jodipiny 7 chorym do wysięku odmowego, tylko u 2 jod zaledwie dał się wykazać w moczu. U 2. przy suchej odmie, jod ukazał się w moczu po upływie dopiero 2 godzin, u 2 zaś przy przesiękach (choroby serca) po upływie 1 godziny. A więc, powiada Mayer: »przy odmie z wysiękiem zdolność wessania jest w opłucnej znacznie upośledzona».

Przechodzimy do badań bakteryologicznych i cytologicznych. Są one nieliczne i niesystematycznie prowa-

dzone. Zatrzymuję się, jako na bardziej miarodajnych, na badaniach Muralta i Mayera[1]).

Badania bakteryologiczne wykazują, że istnienie drobnoustrojów ropotwórczych, jak gronkowce, paciorkowce i t. d. jest rzeczą rzadką (kilkanaście odsetek). Zgodnie z tem rzadkie są wysięki ostro-zakaźne, o czem już poprzednio mówiliśmy; u Muralta np. 6 na ogólną ilość 36. Natomiast u obu autorów w 45% wysięków stwierdzono laseczniki gruźlicze. Saugmann zaś w najnowszej monografii wspomina, że we wszystkich większych i dłużej trwających wysiękach, z wyjątkiem dwóch tylko, znajdował laseczniki.

Rola laseczników różnie przez Muralta i Mayera jest komentowana. Muralt uważa nietylko wysięki surowicze, ale nawet i ropne z lasecznikami za teren »noli me tangere«, a zabieg chirurgiczny za błąd lekarski (»Kunstfehler«). Opierając się na badaniach Königera, który głosi, że niezależnie od mechanicznego działania ucisku na płuca, biologiczno-chemiczne właściwości opłucnej zmniejszają natężenie zakażenia, uważa Muralt takie wysięki ropne za rzecz dodatnią. Popiera on swój pogląd tem, że pomimo większej ilości prątków gruźliczych, znajdował niweczniki w wysiękach. — Mayer zaś, wypuszczając systematycznie płyn, stwierdził zmniejszanie się ilości prątków gruźliczych i jednoczesne zwiększanie się ilości komórek.

Co się tyczy badań cytologicznych, nie znajdujemy dokładnych danych u Muralta. Powiada on ogólnikowo, że wysięki surowicze, które w 45% nie zmieniają swej formuły limfocytowej, powoli w ciągu kilku miesięcy, lub nawet tygodni nie zwiększają się, lub ulegają wessaniu. Natomiast 55% z limfocytowych przeształcają się na leukocytowe, łatwo się zwiększają, trwają miesiące i lata.

Mayer, poza obrębem nielicznych wysięków ostrozakaźnych, dzieli resztę na dwie grupy:

1) Wysięki odpowiadające gruźliczym: mierna ilość białka, odczyn Moritz-Rivalty dodatni; formuła cytologiczna mieszana. Jeśli w tych wysiękach jest prątków gruźliczych wiele i jeśli przebieg wysięku pomyślny, formuła cytologiczna staje się limfocytową.

2) Odrębny »typ swoisty«. Wysięki te powstają wskutek tego, że »wprowadzony azot wywołuje swoiste podrażnienie czynnościowo uszkodzonej opłucnej i chemotaktycznie wywołuje specyalnego rodzaju wysięk«. W tych »swoistych« wysiękach ilość białka bywa mierna (3—4%), odczyn Moritz-Rivalty dodatni, wyraźna limfocytoza, prątki gruźlicze niestałe i często znikają, wreszcie, co najważniejsze: wybitna eozynochłonność, której towarzyszą niweczniki.

---

[1]) W pracach Brauera i Spenglera dało się odszukać tylko 3 badania (u 102 chorych z odmą). W jednym przypadku dwoinki zapalenia płuc, w drugim czysta hodowla gronkowców, trzeci jałowy o formule limfocytowej. Fagnioli w 10 przypadkach wysięków (na 23 odmy) powiada ogólnikowo, że zarówno pod drobnowidem, jak i w hodowli, okazały się one jałowymi. Wreszcie Bard wspomina o wysięku surowiczym, który zawierał niewiele krwinek, dużo limfocytów, 7% białka, 8% chlorków z próbą Rivalty dodatnią.

W materyale z naszego Sanatoryum w wysiękach odmowych mamy następujące wyniki: 1) Świeże wysięki o charakterze surowiczym ze znaczną przewagą limfocytów; eozynochłonność w jednym tylko przypadku (wynosiła 11¾%); wogóle mała ilość komórek (200—2800 w mm^3); komórki mało zmienione, włóknik zawsze obecny. Nie znaleziono ani razu prątków gruźliczych pod drobnowidem. 2) Stare wysięki (t. j. najmniej w 3 miesiące od pojawienia się). Wyglądają mętnie; komórki rozpadają się; znaczna przewaga wielojądrzastych; eozynochłonności brak; prątków gruźliczych pod drobnowidem nie znaleziono; brak włóknika; ilość komórek 12000—40000 w mm^3. — Białko w świeżych i starych wysiękach wynosi 30‰—55‰. Na 11 wysięków zrobiono posiewów 9; z tej liczby 3 posiewy (kartofel bulionowy Rabinowicz) dały czystą hodowlę prątków gruźliczych. Doświadczenia na 9 zwierzętach dały 9 wyników dodatnich co do prątków gruźliczych.

Ponieważ wysięki tego rodzaju stanowią wybitnie przeważającą większość, nic dziwnego, że nietylko nie wywołują żadnych zaburzeń, lecz dzięki istnieniu niweczników wywierają dodatni wpływ na dalszy przebieg choroby.

Gdyby słuszność wniosków Mayera dała się stwierdzić na dużym materyale, wówczas rokowanie przy wysiękach w odmie polegałoby na badaniach cyto-bakteryologicznych.

Zbierając wszystko, możemy powiedzieć o wysiękach w krótkich słowach, co następuje:

Zdolności wsysające i wydzielnicze opłucnej u człowieka, z odmą suchą lub wysiękową, są w porównaniu z królikiem znacznie upośledzone: wsysanie i wydzielanie odbywa się z 5—6-krotnem opóźnieniem.

Ostateczna przyczyna wysięków, z wyjątkiem ostrozakaźnych, pozostaje niezbadaną; »swoiste« podrażnienie opłucnej przez azot nic nie mówi, bez podrażnienia bowiem nie byłoby wysięku, na czem zaś polega owo »swoiste podrażnienie«, nie wiadomo.

Wpływ wysięków na odmę, a więc i rokowanie, są już w pewnym stopniu na podstawie badań cyto-bakteryologicznych wyjaśnione. Chodzi o to, aby badania zostały przeprowadzone na dużym materyale i aby zgodność wyników została stwierdzona. Pozostaje jedno jeszcze pytanie: dlaczego przy pomyślnym przebiegu odmy wysięki surowicze przechodzą nietylko w ropne jałowe, lecz w lasecznikowe, i to bez ujemnych skutków dla ustroju. Sprawa ta ani teoretycznie, ani klinicznie nie jest wyjaśniona.

Bibliografia (wszędzie Brauers Beiträge skrócone B.). 1) Achard: Sem. med. 1903. Nr 16 i Sem. med. 1908. Nr 38. — 2) Auclair: Arch. de med. exp. T. XI et XII. — 3) Bang: B. Bd. 26. — 4) Bach: B. Bd. 18. — 5) Bard: Sem. med. 1913. Nr 19. — 6) Benecke: B. Bd. 9. — 7) Birke: B. IV Suppl. 1913. — 8) Bittorf: M. m. W. 1910, Nr. 23. — 9) Bochalli: B. Bd. 24. — 10) Borzęcki: a) »Zastosow. szt. odmy pier. w leczeniu suchot płucnych«. Warszawa 1911. b) Gaz. lek. 1915, Nr 45. — 11) Burchardt: Sitz. d. Mediz. Gesell. in Basel. D. m. W. 1911. Nr 36. — 12) Bruns: B. Bd. 12 i Bd. 29. — 13) Brauns: Zeitschr. f. Tub. Bd. 18. — 14) Brauer u Gekler: B. B. Bd. 14. — 15) Brauer u. Petersen: Zeitsch. f. phys. Chemie Bd. 44. — 16) Brauer u. Spengler: B. Bd. 14. i 19. — 17) Brauer: a) Zieglers Beitr. 7 Suppl. b) Ther. der Gegenw. Juni 1908. c) 21. Congr. fr. d. chirur. 1908. d) Gr. Geb. d. Med. u. Chirur. Bd. 13. e) Grödels Atlas etc. 1909. f) »Über Pneumothorax« Marburg 1906. g) Arch. f. klin. Chir. Bd. 87. h) D. m. W. 1906. Nr 14. i) Ibid 1906. Nr 47. k) D. m. W. 1906. Nr 7. l) Jahreskurse f. ärztl. Fertb. 1910. m) Deut. Kongr. f. inn. Medizin 1913. n) B. Bd. 12. o) B. IV Suppl. 1913. — 18) Carlström: B. Bd. 22. — 19) Carson: Zeitschr. f. Tub. Bd. 20. — 20) Ciechanowski: (osobisty komunikat II. IV. 1914). — 21) Cloetta: Arch. f. exper. Path. u. Ther. 1911. Bd. 66. — 22) Daus: a) Ther. d. Gegenw. 1909. Heft 5. b) Zeitschr. f. Tub. Bd. 20. c) Ther. d. Gegenw. 1910. Hft 7. — 23 (Drasche: Wien. kl. W. 1899. Nr 45 u. 46. — 24) Dumarest: a) Livre Jubilé prof. Teissier 1909. b) Province méd. 12. XI 1910. c) Journ. med. franç. 15. VI 1912. — 25) Dufour: Sem. med. 1906. Nr 43. — 26) Dunin: Virch. Arch. Bd. 102.— 27) Fagioli: M. M. W. 1912. Nr 19. — 26) Fleiner: Virch. Arch. Bd. 112. — 29) Forlanini: a) D. m. W. 1906. Nr 35. b) M. m. W. 1910. Nr 3. c) Ther. d. Gegenw. 1910. Hft 5 u. 6. d) Ibid 1910. Hft 7. e) D. m. W. 1911. Nr 3. f) D. m. W. 1911. Nr 50. g) D. m. W. 1911. Nr 6. h) (monografia) Erg. d. inn. Med. u. Kinderh. 1912. Bd. 9. i) (Seconda conferenze) Pavia 1908. — 30) Galliard: Sem. med. 1897. p. 214—216. — 31) Geeraerd: Presse med. 1912. Nr 48. — 32) Grober: Ziegl. Beitr. Bd 30. 1901. — 33) Graetz: B. Bd 10. — 34) Gravitz: B. kl. W. 1896. Nr 29. — 35) Guichard: B. 4 Suppl. Band. — 36) Herard Cornil et Hanot: 2 Ed. Paris. 1888. — 37) Hymans, van der Bergh: B. B. Bd 26. — 38) Holmgren: B. Bd 21. — 39) Itard: Thesè de Paris. 1803. — 40) Kaufmann: a) B. Bd 23. b) M. m. W. 1914. Nr 23. — 41) Keller: B. Bd 22. — 42) Kistler: B. Bd 19. — 43) Konzelmann: B. Bd X. — 44) Königer: a) Zytologische Untersuchungs-Methode etc. Jena 1908. b) Zeitschr. f. Tub. Bd 16 u. 18. c) M. m. W. 1914. Nr 17. — 45) Küss: Pneumothorax artificiel w »Thérapeutique d. mal. res.« Paris 1911.— 46) Kuthy u. Lobmayer: B. Bd 27. — 47) Landois: Lehrbuch der Physiologie 12 Auflage. 1904. 48) Leconte et Demarquay: C. de l' Acad. et Sc 1863. T. 56. Paris. — 49) v. Leyden: D.

m. W. 1890. Nr 7. (Discussion) Verein f. inn. Medizin. B. kl. W. 1888. Nr 30. — 50) May u. Gebhard: Deut. Arch. f. klin. Med. Bd 61. — 51) Mayer: B. Bd 29. — 52) Meyerstein: B. Bd 24.— 53) Mosheim: B. Bd 3. — 54) Moritz: M. m. W. 1914. Nr 24.— 55) v. Muralt: a) B. Bd 19. b) B. Bd 18. c B. 7 Suppl. Band. d) M. m. W. 1909. Nr 50 u. 51. — 56) Nitsch: B. Bd 18 — 57) Nonne: D. m. W. 1886. Nr. 20. — 58) Orłowski u. Fofanoff: B. Bd 30. — 59) Pigger: Ibid. Bd 8. — 60) Penzoldt: Deut. Arch. klin. Med. Bd 84. — 61) Persch: Wien. kl. W. 1911. Nr 38. — 62) Poiseuille: C. de l'Ac. de Sc. Paris 1855.— 63) Potain: Gaz. des hôp. 1888. Nr 49. — 64) Real: B. Bd 29.— 65) Renon: Journ. d. prat 1914. Nr 14. — 66) Rose: D. m. W. 1899. Nr 43 u. 44. — 67) Roth: B. Bd 4. — 68) Rösler: B. Bd 28. — 79) Rübel: a) B. Bd 18. b) Sztuczna odma przy leczeniu gruźlicy płuc S. Petersburg. 1912. (po rosyjsku). — 70) Ruediger: B. Bd 18. — 71) Saugmann: a) Zeitschr. f. Tub. Bd 12. b) Nord Med. Arch, 1910. c) B. Bd 31. — 72) Saugmann u. Begtrup Hansen: B. Bd 15. — 73) Schmidt: a) D. m. W. 1906. Nr 49. b) M. m. W. 1907. Nr 49. c) B. Bd 9. — 74) Silig: a) (Rev.) med. p. la Suisse Romande. Nr 3. 1912. b) Ibid. 1913. Nr 7. — 75) Silig et Tecon: Ibid 1913. Nr. 20. — 76) Skłodowski: Gaz. lek. 1914. Nr 22. — 77) a) L. Spengler: Korr. Blatt f. Schweizer Aerzte 1909. Nr 23. b) Zeitschr. f. Tub. Bd 2. c) Beitr. z. klin. Chir. Bd 49. — 78) L. Spengler u. Sauerbruch: M. m. W. 1913. Nr 51. — 88) Sterling: Przegl. lek. 1912. Nr 1—7. — 80) Świerzyński: Posied. Tow. Lek. Wileńskiego. Ibid, 1912. Nr 7. — 81) Tendeleo: a) Studien über die Ursachen d. Lungenkrankheiten. Wiesbaden 1901. b) B. Bd 11. — 82) Tobiesen: a) B. Bd. 19. b) B. Bd. 21. — 83) Toussaint: (Thèse) Paris 1880. — 84) Wagner: Sem. med. 1906, Nr 43 et 1908. Nr 22. — 85) Weiss: B. Bd 24.— 87) Warnecke: B. Bd 16. — 87) Wellmann: a) B. Bd. 18. b) M. M. W. 1908. Nr 34. — 88) Wever: B. Bd. 31. — 89) Wolff: Virch. Arch. Bd 174. 90) Zesas: a) Deut. Zeitschr. Chir. 1912. Bd 114. b) C. Bl. f. Chir. 1914. Bd 9. — 91) Zink: a) B. Bd 28. b) Ibid.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Opagen, wyrabiany przez fabrykę Laokoon we Lwowie, stosował doc. dr Orzechowski na oddziale neurologicznym szpitala powszechnego we Lwowie, w płynie, w ampułkach do wstrzykiwań i w postaci tabletek. Opagen płynny jest dobrze wyjałowiony, bo Orzechowski nie spostrzegał po wstrzyknięciach lokalnych podrażnień skóry. Po wstrzyknięciach występowało działanie pożądane, t. j. uspokojenie, działanie narkotyczne, i to szczególnie w stanach lękowych i lękowego podniecenia. W ten sam sposób działały tabletki opagenowe. Dziennie podawano do 12 tabletek opagenu, nie spostrzegając żadnego ujemnego działania. Opagen działa w zupełnie analogiczny sposób, jak makowiec, niema jednak przytem niektórych ujemnych, względnie niepożądanych objawów działania makowca.

Opagen podawał z dobrym bardzo wynikiem Voit na oddziale prof. dr Wiczkowskiego we Lwowie podskórnie i wewnętrznie, w celu kojenia bólów, wywołania snu, zwolnienia nadmiernej perystaltyki jelit i przeciwwymiotnie. W kilku badanych w tych kierunkach przypadkach działanie pożądane przetworu nie zawodziło nawet przy dłuższem jego podawaniu.

Optanninę, to jest zasadowy garbnikan wapna, stosowano w klinice chorób dziecięcych w Heidelbergu z korzyścią u 36 chorych w przypadkach biegunki (dyspepsia, dyspepsia parenteralis, colica mucosa, enterocolitis dysenteriformis). Dawka u osesków 1—2 gr., u starszych 2·5 gr. na dzień. (Ther. der Gegenw. 1916, 4). Kn.

Granugenol wywiera, według doświadczeń Seuberta u 100 przeszło chorych, nader korzystny wpływ pobudzający na tkankę ziarninową i znacznie przyspiesza gojenie się ran ziarnkujących (Münch. m. W. 1916, 12). Tosamo podaje Dieterich (Ibidem 1916, 7), jakoteż prof. Hiller (Med. Klinik 1916, 15). Warunkiem jednak koniecznym jest ciągłe działanie przetworu na wszystkie części rany, jeżeli rany są zatokowate. Kn.

Sprawy Towarzystw naukowych.

II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych w dniu 31. maja i 1. czerwca 1914 w Lublinie.

Sprawozdawca Dr W. Jasiński.

(Dokończenie; ob. »Przegl. lek.« z r. 1914).

Następny odczyt: »**W sprawie walki z gruźlicą w Zagłębiu Dąbrowskiem**« wygłosił dr J. Dehnel z Będzina. Prelegent przedstawił dane liczbowe co do liczby chorych na gruźlicę w Zagłębiu Dąbrowskiem: w r. 1901 chorych w szpitalach 145 (przyp. śmiertelnych 51), w ambulatoryach 498, t. j. razem 643; w r. 1912 w szpitalach 268 (102 przyp. śmierci), w ambulatoryach 1418, razem 1686. Dunin oblicza ilość suchotników w Królestwie na 1·5% ludności. Te tak smutne liczby są zależne od krytycznego położenia robotników fabrycznych, braku racyonalnego leczenia oraz niedostatecznego (lub zaniedbanego zupełnie) zwracania uwagi na zwalczanie gniazd zarazy. Akcyę w tym kierunku wszczęli właśnie lekarze Zagłębia, przez swe Towarzystwo lekarskie. Prelegent mówi ogólnie o walce z gruźlicą — więc o wynikach leczenia sanatoryjnego u nas i u obcych, o znaczeniu leczenia szpitalnego (w Berlinie 36—40% wyleczeń, wedł. Gutmana); — stwierdza następnie brak łóżek szpitalnych w Zagłębiu: 400 łóżek na 60 tysięcy suchotników i podkreśla potrzebę stworzenia w Zagłębiu szpitala dla chorych gruźliczych: wymaga tego od właścicieli fabryk nietylko poczucie moralne, lecz wprost przepis prawa. Plan walki z gruźlicą w Zagłębiu omówiony już został przez prelegenta (Zdrowie Nr 8, 1913) i przedstawiony Radzie Zjazdu przemysłowców górniczych — odpowiedź tej Rady była wymijająca, lecz sprawa niebawem ma być poruszona powtórnie. — W zakończeniu wnosi prelegent, aby akcya podobna wszczęta była w innych dzielnicach Królestwa.

Głos zabiera J. Pełczyński (z Radomia): Na przerażający wzrost ilości suchotników u nas ma wpływ niezawodny coraz większe uprzemysłowienie kraju; walka z gruźlicą, jako chorobą społeczną, staje się coraz bardziej naglącą. Uzdrowiska dla robotników, nader ważne bezsprzecznie w tej walce, nie będą zakładane przez właścicieli fabryk poza Zagłębiem i gub. Piotrkowską, gdyż tylko na tę gubernię rozciągają się postanowienia obowiązujące co do leczenia robotników fabrycznych; gdzieindziej właściciele fabryk postarali się o odebranie inspekcyi fabrycznej prawa wydawania postanowień w sprawie pomocy lekarskiej w fabrykach. Nie zarzucając przeto myśli o sanatoryach ludowych, musimy na razie prowadzić walkę z gruźlicą w inny sposób; stworzyć przychodnie, letniska i t. p.

Wł. Czaplicki (z Otwocka) zgadza się, że nieprędko doczekamy się odpowiedniej ilości uzdrowisk dla znacznej liczby chorych na gruźlicę. Okres pobytu w uzdrowiskach do pewnego stopnia skrócić może stosowanie odmy sztucznej w leczeniu gruźlicy; każdy lekarz, a szczególniej szpitalny, stosować ją może. Dla potwierdzenia, że odma skraca czas niezdolności chorego do pracy, opisuje mowca przypadek, w którym chory, gorączkujący do 39·5 od 3 miesięcy, na drugi dzień po zastosowaniu odmy stracił zupełnie gorączkę, a na piąty wrócił do zajęć i od 6 tygodni nie gorączkuje i czuje się zdrowym. Cz. stosował odmę sztuczną w 21 przypadkach; około połowy z tych przypadków wyklucza ze statystyki, gdyż stosowano odmę u ciężko chorych w celu n. p. zatrzymania krwotoków; z innych w 7 przypadkach miał wynik bardzo dobry: dwaj z najdłużej obserwowanych chorych (rok i 8 miesięcy) czują się dzisiaj, jak i wkrótce po zastosowaniu odmy, zupełnie dobrze.

Wł. Schoenaich zwraca uwagę na ważne znaczenie higieny mieszkań w walce z gruźlicą. Mowca obliczył z materyału ambulatoryum szpitala Panny Maryi dla dzieci w Łodzi gęstość zaludnienia 14.066 mieszkań jednoizbowych i stwierdził prawdziwą »nędzę mieszkaniową«, która pod względem higieniczno-społecznym stanowi jedno z największych niebezpieczeństw. Dane szczegółowe przedstawił mowca w pracy, drukowanej w zjazdowym numerze Zdrowia (1914. Nr 6).

Przewodniczący stwierdził, że pożądane są dokładniejsze dane co do sposobów i wyników walki z gruźlicą w naszych warunkach, poczem prelegent (J. Dehnel) odpowiedział przedmowcom: sanatorya nie są alfą i omegą w walce z gruźlicą —

dobrobyt, kultura, postępy higieny publicznej i osobniczej, oto środki zwalczania tej choroby społecznej.

Ponieważ po wyczerpaniu dyskusyi pozostało do końca posiedzenia tyle czasu, ile zająć może jeden jeszcze odczyt, przewodniczący zapytuje, który z odczytów ogół zebranych uważałby za najbardziej pożądany. Wybór pozostawiono prezydyum, które udzieliło głosu dr A. Żebrowskiemu (z Lublina). Prelegent przedstawił w zwięzłem przemówieniu »**Przyczynek do statystyki twardzieli**«, opracowany na zasadzie 53 odpowiedzi na rozesłaną ankietę (260 egz.) w sprawie częstości występowania twardzieli. Z pracy tej wynika, że w południowo-wschodnich powiatach ziemi lubelskiej (t. w. Chełmszczyźnie) oraz na Podlasiu przypadki twardzieli są częste. Ze względu na znaczną zaraźliwość twardzieli, na walkę z tą chorobą, a przedewszystkiem na wczesne jej rozpoznawanie powinniśmy zwrócić baczniejszą uwagę.

W dyskusyi Br. Sitkowski (z Lublina) opisuje 3 przypadki, spostrzegane w szpitalu Jana Bożego w Lublinie wspólnie z Biernackim; pochodziły one z powiatów południowych (Janowski, Biłgorajski). W przypadkach tych zastosowano intubacyę z dobrym wynikiem, rurkę trzymano 2 doby; po wyjęciu chorzy czuli się lepiej, niż przed intubacyą, swobodniej oddychali; jedna z chorych zgłosiła się po $^1/_2$ roku do powtórnej intubacyi. O ostatecznym losie tych chorych mowca nie ma wiadomości.

E. Moniuszko (Zwierzyniec ziemi Lubelskiej) żałuje, że nie otrzymał ankiety, jakkolwiek posiada szpital w Zwierzyńcu, gdzie operował 2 przypadki twardzieli. Co do zaraźliwości tej postaci chorobowej mowca nie zgadza się, by była ona tak wybitna, jak to przedstawia prelegent.

K. Jaczewski (Lublin) uważa twardziel za chorobę endemiczną w ziemi Lubelskiej; w ciągu lat paru widział przeszło 20 przypadków. Rozpoznanie nastręcza często znaczne trudności, a nieznajomość dróg, jakiemi choroba się szerzy, sprawia, iż walka z twardzielą jest szczególniej trudną.

M. Garbaczewski (z Turobina ziemi Lubelskiej) stawia wniosek, aby Lubelskie Tow. lekarskie poświęciło osobne posiedzenie zapoznaniu się z twardzielą i sposobami walki z tą chorobą.

S. Dobrucki (z Lublina) wyraża wdzięczność prelegentowi za poruszenie tak żywotnej sprawy. Zaraźliwość twardzieli jest znaczna i należy obmyśleć sposoby walki z tą chorobą. D. opisuje następnie przypadek twardzieli, w którym wydobył z tchawicy ułamaną rurkę tracheotomijną.

A. Majewski (z Lublina) zwraca uwagę, że przed kilku laty Rydygier junior opisał metodę leczenia twardzieli promieniami Roentgena i podał szereg przypadków trwałego wyleczenia.

Prelegent (A. Zebrowski) odpowiada, że w pracy swej nie mówił o metodach leczenia, lecz o statystyce twardzieli i obmyśleniu profilaktyki; — pożądane byłoby rejestrowanie każdego przypadku, jak to ma miejsce w innych chorobach zakaźnych.

W sprawie osobistej zabiera głos S. Orgelbrand, przepraszając za użycie o stosunku niektórych lekarzy do chorych, niestosownego wyrażenia, na co poprzednio, podczas nieobecności Org. na sali, zwrócił uwagę przewodniczący.

Przewodniczący (E. Wiszniewski) zamyka właściwe obrady Zjazdu życzeniem, aby uchwały, jakie niebawem zapadną, były urzeczywistnione.

Następny Zjazd oznaczono za trzy lata w Częstochowie. Odczytano i przyjęto wnioski komisyi uchwał (drukowane po sprawozdaniu z IV posiedzeuia); dodatkowo powzięto (na wniosek S. Niewirowicza ze Staszowa ziemi Radomskiej) uchwałę, że Zjazd uważa za pożądane, aby wszyscy lekarze prowincyonalni należeli w miarę możności do Towarzystw lekarskich.

Przewodniczący zawiadamia, że z d. 1. października zacznie wychodzić w Warszawie »Przegląd szpitalnictwa i dobroczynności publicznej« i zachęca do poparcia tego wydawnictwa.

Posiedzenie rozwiązano, zapraszając uczestników na luźne zebranie towarzyskie w salonach Resursy o godz. 9 wieczór.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna. Higiena społeczna.

Kolumny sanitarne Książęco-Biskupiego Komitetu krakowskiego.

O działalności kolumn sanitarnych ogłosiły dzienniki następujący komunikat:

Stłumiwszy po ośmiomiesięcznej pracy epidemię czerwonki, tyfusu brzusznego i plamistego w najgroźniejszych jego ogniskach zachodniej Galicyi, w powiatach: Cieszanowskim, Niskim, Łańcuckim, a zwłaszcza tyfus plamisty w Narolu, dwie kolumny sanitarne K. B. K. przekroczyły śladem zarazy granice Galicyi i na wezwanie ówczesnego jenerałgubernatora, bar. Dillera, usadowiły się w Radomskiem i Lubelskiem. Czekało tam na nie zadanie doniosłe i pilne — pole działania rozległe i niemal dziewicze, gdyż skutkiem zupełnego braku urządzeń sanitarnych dawniejszych, pomimo wszelkich wysiłków władz okupacyjnych znajdowały się tam całe okolice, w których zaraza szerzyła się dowoli niezwalczana: setki i setki ludzi zapadały na nią i nie zaznawszy pomocy lekarskiej, marły, podczas gdy zaraza coraz szersze zataczała kręgi.

Naczelnik kolumn sanitarnych K. B. K., prof. Emil Godlewski, objechawszy okolice, najciężej zarazą dotknięte, rozmieścił w nich kolumny w sposób następujący: Pierwsza kolumna sanitarna pod wodzą Dra Kazimierza Dadeja wyruszyła z trzynastoma pielęgniarkami w Lubelskie i założyła tam trzy szpitale epidemiczne: w Piaskach pod Lublinem, w Wyganowicach w obwodzie Krasnostawskim (w którym projektowany jest jeszcze drugi szpital), i w obwodzie Biłgorajskim w Tarnogrodzie. W Piaskach, gdzie znajduje się zarząd główny całej kolumny pod kierunkiem p. Haliny Hofmanównej, urządzono szpital na 40 łóżek w domu prywatnym i w barakach pocholerycznych. Szpital w Wyganowicach (łóżek 60) znalazł niezwykle wygodne pomieszczenie dzięki obywatelskiej ofiarności p. Juliusza Florkowskiego w jego obszernym dworze. Szpital w Tarnogrodzie na łóżek 50 znajduje się w dawnym budynku szpitalnym. Kierownik piewszej kolumny Dr Dadej objeżdża wszystkie szpitale, a w najodleglejszym z nich, w Tarnogrodzie, znajduje się prócz tego stale absolwentka medycyny, p. Krystyna Stawiarska, od początku do zwalczania tyfusu plamistego włożona. Szpital ten cieszy się też opieką i wydatną pomocą komendy obwodowej: zarówno pułkownika Rollera, jak majora Sochara i lekarza obwodowego, Dr Zygmunta Schnitzla. — Na czele drugiej kolumny sanitarnej K. B. K., która udała się w Radomskie, stoi Dr Maryan Konwerski, mając do pomocy słuchacza medycyny, p. Królikiewicza, jako administratora i kierownika dezynfekcyi, p. Julię Rosenbergerównę, jako kierowniczkę gospodarstwa, i czternaście pielęgniarek. Główna kwatera tej kolumny znajduje się w Ćmielowie (w Opatowskiem), pomieszczona tamże przez ks. Al. Druckiego-Lubelskiego. Kolumna ta otworzyła dotąd trzy szpitale epidemiczne: w samym Ćmielowie w budynku gminnym na 50 łóżek, w Opatowie, również na łóżek 50 i w Pętkowicach (obwód Wierzbnicki) na łóżek 40. Czwarty szpital epidemiczny przygotowuje się w Zawichoście.

Przeważna część członków kolumn sanitarnych prowadzi walkę z epidemią od początku założenia kolumn sanitarnych K. B. K., t. j. od sierpnia 1915 r.

Prócz zwalczania tyfusu plamistego Sekcya sanitarna K. B. K. rozpoczęła również w części okupowanej Królestwa szczepienie ochronne przeciw ospie. Na razie mniejsze, wysłane tam z Krakowa drużyny wyszczepiły z górą 40.000 osób; niebawem rozpocznie się akcya w większym stylu.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska wysłała do c. k. Namiestnictwa dnia 1. maja 1916 następujące pismo: Podpisana Izba lekarska ma zaszczyt przedłożyć Wysokiemu c. k. Namiestnictwu podanie Związku lekarzy okręgowych galicyjskich z jak najgorętszem poparciem zawartych w tem podaniu postulatów. Niepomierne podwyższenie cen artykułów codziennej potrzeby, za czem idzie nadzwyczajne utrudnienie warunków życiowych w czasach obecnych, czynią podwyższenie poborów lekarzy okręgowych za przeprowadzenie szczepienia ospy i tłumienie epidemii rzeczą nieodzowną. Lekarze okręgowi przy obecnych cenach podwód bardzo często z własnej kieszeni dokładają przy wymienionych czynnościach urzędowych, albowiem dotychczasowe kilometrowe i dyety nie wystarczają niejednokrotnie na pokrycie kosztów podróży. A wszak jest rzeczą sprawiedliwą żądać, aby lekarz za te uciążliwe, dużego nakładu pracy wymagające czynności odpowiednio był wynagrodzony. Drugim, według zdania Izby lekarskiej zupełnie słusznym postulatem lekarzy okręgowych jest żądanie, by rachunki, wynikające z tytułu powyższych czynności, były szybko załatwiane i wypłacane. Izba lekarska miała sposobność stwierdzić, że wielu lekarzy okręgowych od przeszło roku nie otrzymało należytości za szczepienie ospy, a kwoty, które im się z tego tytułu należą, dochodzą w nie-

których przypadkach do tysięcy koron. Ten stan rzeczy jest dla Izby lekarskiej zgoła niezrozumiałym. Jak można bowiem żądać od lekarzy okręgowych, wykonujących swój zawód w najtrudniejszych i najprzykrzejszych warunkach, aby tak wielkie kwoty z własnej kieszeni wydawali w interesie dobra publicznego, a na zapłatę byli zmuszeni czekać tak długo. Izba lekarska prosi, by Wysokie c. k. Namiestnictwo raczyło postulaty Związku lekarzy okręgowych rozpatrzeć jak najrychlej i jak najżyczliwiej.

Na to pismo nadeszła odpowiedź następująca (z d. 12. V. 1916 VIIb 97051/18202): Na pismo z dnia 1. b. m. L. 50/16, którem przedłożono petycyę Związku lekarzy okręgowych galicyjskich o podwyższenie należytości komisyjnych, Namiestnictwo oznajmia, że o podwyższenie kilometrowego udaje się równocześnie do Ministerstwa spraw wewnętrznych. Dyety lekarzy, delegowanych do zwalczania chorób zaraźliwych, bywają z reguły podwyższane do 20 K dziennie na zasadzie § 27 ustawy o chorobach zaraźliwych, jeżeli tego lekarze żądają u dotyczącego starostwa. Opóźnienie załatwienia niektórych rachunków jest następstwem braku sił w Departamencie rachunkowym Namiestnictwa, wynikłego z powołania do służby wojskowej znacznej ilości urzędników. Aby wobec takiego stanu rzeczy przyjść z pomocą lekarzom, delegowanym do zwalczania chorób zaraźliwych, Namiestnictwo asygnowało Starostwom stosowne kwoty, z których mogą lekarze otrzymywać zaliczki po przedłożeniu rachunków kosztów podróży. Rachunki te jednak często bywają zbyt późno przedkładane przez lekarzy starostwom lub też bez prośby o udzielenie zaliczki, a w takich razach lekarze sami sobie winę przypisać muszą, że nie otrzymują dość wcześnie kosztów komisyjnych względnie zaliczki na te koszta. Zechce Szanowna Izba stosownie do powyższych uwag poinformować Związek lekarzy okręgowych galicyjskich z tem, że w sprawie podwyższenia kilometrowego Namiestnictwo udzieli wiadomości po nadejściu decyzyi Ministerstwa. Za c. k. Namiestnika: Ustyanowski m. p.

W sprawie podwyższenia honoraryów lekarskich wobec ogólnej drożyzny uchwalił Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej nie ogłaszać żadnej publicznej ogólnej enuncyacyi, natomiast jak najusilniej popierać każde, zarówno indywidualne, jak zbiorowe dążenie do poprawy honoraryów, a zwłaszcza płac ryczałtowych i kontraktowych, odpowiadającej obecnym stosunkom ekonomicznym.

W sprawie wypieku chleba wojennego otrzymujemy następujące uwagi:

Wypiek chleba z miazgą ziemniaczaną uważam, opierając się na osobistych spostrzeżeniach, za formę oszczędności nietylko szkodliwą, ale i nieekonomiczną. O ile mały dodatek mąki ziemniaczanej (znacznie mniejszy niż 20%) mógłby być znośny, to miazga ze swoją podatnością dla fermentacyi nietylko sama przez się może być i jest szkodliwa, ale wskutek swych właściwości psuje smak chleba, utrudnia bardzo prawidłowe jego wypiekanie, a przedewszystkiem psuje skrobię zbożową, z którą wymieszana została. Szkodliwości te w porze obecnej bardzo się potęgują przez to, że obecnie sposób ten wprowadzać może wprost ciała trujące kiełkujących ziemniaków. Uważam za racyonalniejsze wypiekanie chleba z mąki czystej (choćby mieszaniny zbóż), redukując porcye dzienne. Niedobór chleba może sobie każdy wypełnić ziemniakami, ugotowanymi w domu, a tem samem troskliwiej przebranymi, a spożywanymi »na świeżo«. Sprawę uważam za dość doniosłą, aby zwrócić na nią uwagę świata lekarskiego, a pośrednio i władz administracyjnych.

Dr Ludwik Doboszyński (Siersza wodna).

W sprawie walki z chorobami wenerycznemi uchwaliła pruska Izba Panów na zasadzie wniosków br. Bissinga (ob. Nr 6. str. 160) zalecić rządowi następujące środki: większe uwzględnienie pedagogii seksualnej w seminaryach nauczycielskich i uniwersytetach, odpowiednie wpływanie na uczniów i uczennice wszelakich szkół dla uchronienia ich od zboczeń płciowych (»Geschlechtliche Verirrungen«, określenie niezręczne i nie oddające rzeczy), wprowadzenie obowiązkowego egzaminu z chorób skórnych i wenerycznych na medycynie, popieranie niemieckiego Towarzystwa walki z chorobami wenerycznemi i podobnych organizacyi.

Wiadomości bieżące.

Począwszy od dzisiaj będzie »Przegląd lekarski« wychodzić dwa razy na miesiąc.

Kraków. Wobec niebezpieczeństwa epidemii chorób wenerycznych zorganizował Wydział lekarski Uniw. Jagiell. w ramach »Powszechnych wykładów uniwersyteckich« popularne wykłady dla najszerszych kół. Urządzenie wykładów polecił Wydział prof. Dr Ciechanowskiemu. Wykłady te odbyły się w Krakowie w d. 23, 25, 26 i 27 czerwca, osobno dla mężczyzn, kobiet, młodzieży uniwersyteckiej i młodzieży robotniczej; prócz wykładu dla słuchaczy uniwersytetu wszystkie inne odbywały się dla każdej grupy równocześnie w 8 punktach miasta. Wykładali profesorowie: Reiss, Krzyształowicz, Nitsch, Rosner, Dobrowolski, Majewski, docenci Radliński, Zubrzycki, lekarze miejscy Weinsberg, Służewski, Kon, prof. Mojmir, prymaryusz Dr Lachs, radca Dr Piotrowski, asystenci uniwersytetu i sekundaryusze szpitala krajowego: Walter, Rozpędzihowski, Markowa, Radwańska, Wyrzykowska-Michejdzina, Sikorska, Korabczyńska, Gieszczykiewicz, Kleczkowski, Majer, Bujak, Mażylis, Weber. W urządzeniu wykładów pomocna była młodzież uniwersytecka. Z wykładów korzystało około 3000 słuchaczy. Sale były przeważnie przepełnione. Wykłady mają być prowadzone dalej i urządzone także na prowincyi.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 14. VI. b. r. posiedzenie, na którem doc. Dr Janiszewski miał wykład o wymogach zdrowotnych przy odbudowie kraju. Dyskusyę rozpoczął prof. Dr Ciechanowski, wnosząc rezolucye, uchwalone potem przez zebranych. Uczestniczyli w niej prócz członków Towarzystwa lekarskiego członkowie Towarzystwa technicznego, którzy licznie przybyli na posiedzenie. Wśród nich zabierał głos r. dw. Ingarden, szef działu technicznego Zakładu odbudowy kraju. — Na posiedzeniu Towarzystwa w d. 21. VI.) miał Dr Blassberg wykład o żółtaczce epidemicznej, a Dr Gieszczykiewicz o rozpoznawaniu i leczeniu ospy.

— Dyrektorem szpitala dziecięcego św. Ludwika w Krakowie mianowało Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci Dr Otokara Langa; ponieważ Dr Lang obecnie służy w wojsku, przeto uprosiło Towarzystwo prof. Lewkowicza o tymczasowe kierowanie szpitalem. Dr Lang, uczeń prof. M. L. Jakubowskiego, pracował czas dłuższy w szpitalu św. Ludwika, a potem, osiadłszy w Rabce, był kierownikiem lekarskim tamtejszej kolonii leczniczej dla dzieci.

— Zarząd Biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Dr Bogdanikowi za 56 tomów dzieł lekarskich, ofiarowanych bibliotece.

Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Zarząd zakładów zdrojowych w Szczawnicy nadesłał nam wiadomość, że zdrojowisko to będzie w tym roku w całym zakresie otwarte, zaznaczając zarazem, że w Szczawnicy jest tylko jeden ogólny zakład zdrojowy, obejmujący zarówno t. zw. »górne« łazienki, jak i t. zw. »stare łazienki«, oraz wszystkie parki i zdroje.

Warszawa. W sprawie obsady dalszych katedr na Wydziale lekarskim Uniwersytetu warszawskiego stwierdziliśmy, że wszystkie te sprawy są dopiero w toku prac przygotowawczych. Wiadomości, podane w Nrze 6. »Przeglądu lekarskiego«, polegały na informacyach prywatnych, jak się okazuje, nieścisłych.

— »Gazeta lekarska«, zamykając tegorocznym zeszytem Nr 26 swój rocznik pięćdziesiąty, uważa za właściwy jeden tylko sposób uczczenia tej rocznicy: »wzmożony jeszcze wysiłek pracy i starań« i w tej myśli zamierza wydać najbliższy numer w rozmiarach zwiększonych, wypełniając go wyłącznie pracami współwłaścicieli pisma.

— W nader uroczyście, jak wiadomo, obchodzonej rocznicy konstytucyi 3 Maja, uczestniczyły wybitnie koła lekarskie. W czasopismach lekarskich warszawskich wyszły odpowiednie artykuły wstępne. W Towarzystwie higienicznem miał Dr Jaworski na uroczystem posiedzeniu wykład: »Prawo o miastach oraz sprawy miejskie w epoce Sejmu czteroletniego wobec współczesnych poglądów na gospodarkę miejską«, a w Warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy historyk Wł. Smoleński wykład: »O znaczeniu konstytucyi 3 Maja«.

— W Zarządzie wskrzeszonej niedawno Macierzy szkolnej zasiadają z lekarzy: rektor Dr Brudziński, Dr Chełchowski, Kowalski, Nusbaum, Rząd, przewodniczącym Rady nadzorczej wybrany został Dr Alfred Sokołowski.

— Według ordynacyi wyborczej, nadanej Warszawie przez władze okupacyjne, mają lekarze wybierać trzech radnych miasta. Sprawą wyborów zajęło się Stowarzyszenie lekarzy w porozumieniu z Towarzystwem lekarskiem, tworząc osobny komitet wyborczy, złożony z 18 członków.

— Sekcya tanich kuchni i herbaciarni K. O. Warszawy wydała sprawozdanie za r. 1915. Ze sprawozdania tego wystarczy podać jedną tylko cyfrę: oto wydano w ciągu roku z górą 10 i pół miliona posiłków, z tego 4 i pół miliona bezpłatnych.

— W kwietniowym zeszycie »Zdrowia« znajduje się bardzo zajmujące sprawozdanie warszawskiego Towarzystwa higienicznego za r. 1905, dowodzące, że pomimo czasów wojennych spełniało Towarzystwo niemal wszystkie swoje zwykłe zadania, walcząc szczęśliwie z rozlicznemi trudnościami, a nawet rozszerzyło zakres swej pracy (utworzono n. p. dwa nowe wydziały i t. p.).

— Wydział szpitalny przedstawił Zarządowi miasta projekt, aby lekarzom w razie zapadnięcia (w służbie szpitalnej) na chorobę zakaźną wypłacano dziennie 5—10 rb., rodzinom ich w razie ich śmierci zapomogę 6000 rb.

— Wprowadzone zostało przymusowe szczepienie ospy wszystkim bez wyjątku.

— Wyszedł z druku »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1913« pod redakcyą Dr. Tadeusza Borzęckiego.

— Dr Zygmunt Monsiorski (Wspólna 42), przystępując do opracowania podręcznika ginekologii, prosi autorów prac ginekologicznych o nadesłanie odbitek. (Gaz. lek. 23).

— Jako wydawnictwo Towarzystwa naukowego warszawskiego wyszedł tom I. prac z pracowni neurobiologicznej Dr Edwarda Flatau z zapomogi Kasy im. Mianowskiego.

Zmarli: hematolog prof. Türk w Wiedniu, chirurg prof. Bruns w Tübingen, chirurg prof. Kehr w Berlinie;

Dr Juliusz Wyrzykowski w 78 r. ż. w Warszawie, Włodzimierz Hanakowski w 50 r. ż. i Ferdynand Josse w 43 r. ż. w Krakowie, Czesław Kotowicz w Mińsku, Teofil Szpot w 46 r. ż. w Pińczowie, Stanisław Wisznicki w 50 r. ż. w Szydłowcu, Maksymilian Nowicki w 48 r. ż. w Lublinie, docent uniwersytetu kijowskiego Jan Studziński w 42 r. ż. w Moskwie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium 1916. Zesz. 6. (J. F. Lehmann). Cena 1·50 Mk.

Zeszyt czerwcowy »Kursów«, poświęcony, jak corocznie, pedyatryi, wypełniają trzy rozprawy prof. Langsteina: »Szczególne właściwości a odżywianie noworodków«, »Szczegóły z patologii i terapii krztuśca«, oraz »Przegląd postępów pedyatryi«. Pierwsza z tych rozpraw uwzględnia także dzieci, urodzone przedwcześnie. r.

Geza von Hoffmann: **Wojna a higiena rasy.** (Krieg und Rassenhygiene). Monachium 1916, str. 29 (J. F. Lehmann). Cena 0·80 Mk.

Autor bardzo ciekawej książki o higienie rasy w Ameryce (z której zdawaliśmy sprawę w »Przeglądzie« w r. 1913) podaje w tej broszurce w formie bardzo treściwej, a łatwo dla każdego dostępnej, najgłówniejsze wiadomości o stosunku wojny do higieny rasy. Przedewszystkiem prostuje autor mylne porównanie wymierania ludów ze śmiercią jednostki. Wymieranie ludów jest bowiem wynikiem niedostatecznej rozrodczości, która nie jest jednak skutkiem »zestarzenia się« narodu, ale innych przyczyn, i to — w przeciwieństwie do starzenia się — dających się usunąć. Następnie rozbiera autor wpływ wojny i kultury na rasę, stwierdzając, że wojna może być dodatnim czynnikiem selekcyjnym między narodami, ale w obrębie jednego narodu jest zawsze ujemnym. Wreszcie rozpatruje autor środki zaradcze.

Broszura zasługuje ze wszech miar na to, aby ją przeczytał każdy lekarz, któremu przyszłość jego narodu nie jest obojętna. r.

Geith: **Krótki podręcznik sporządzania preparatów histopatologicznych.** (Kurze Anleitung zur Herstellung pathologisch-histologischer Präparate). Monachium 1916 (J. F. Lehmann). Cena 1·50 Mk.

Książeczka Geitha podaje na 48 stronach tylko najpotrzebniejsze i najczęściej używane sposoby sporządzania preparatów, bo też ma być podręcznikiem tylko dla początkujących. Cel ten w zupełności może osiągnąć, a właśnie przez swe małe rozmiary dogodniej nadaje się do użytku, niż większe, dotąd wydane, podręczniki techniki histopatologicznej, zawierające dużo balastu. Wszystkie przepisy podał G. w formie przejrzystej. r.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.

Gazeta lekarska 1915 (c. d.) Nr. 28—52: Likiernik: Policytemia a dno oka (28—32). — Stankiewicz: Z kazuistyki ran postrzałowych organów moczopłciowych (29). — Pruszyński: W sprawie organizacyi uniwersytetu w Warszawie (30). — Czajkowski: Rak sutki męskiej z przerzutami w kręgosłupie (31). — Jonscher: O heterologicznej aglutynacyi zarazków duru w gruźlicy (32—35). — Studziński M.: Spostrzeżenia nad uśpieniem eterowo-oliwowem (33). — Szmurło: Niezwykły przypadek rany postrzałowej szczęki górnej i szyi (34). — Horodyński: W sprawie usypiania zapomocą lawatyw eterowych (36). — Karwacki: Paweł Ehrlich (37). — Karwacki i Groerówna: Dwa przypadki ostrego gośćca stawowego (37—39). — Ruppert: O stosowaniu szczepionki przeciwcholerycznej (39). — Białokur: O leczeniu wzmacniającem zapomocą zastrzykiwań żelaza ze strychniną (40—42). — Sterling St.: Odczyn opaskowy, jako objaw rozpoznawczy w tyfusie plamistym (41). — Rejchman: O dwóch sposobach leczenia nawykowego zaparcia stolca (42). — Kryński: Czego nauczył nas w chirurgii polowej ubiegły rok wojny? (43—44). — Gryglewicz i Sokalski: Epidemia dyzenteryi w szpitalu św. Stanisława w r. 1914 (44—47). — Jonscher: Przypadek nerki wędrującej u 10-letniego chłopca (45). — Artykuł wstępny z powodu otwarcia uniwersytetu (46). — Bieliński: Szkoły lekarskie w Warszawie (46). — Gabszewicz: Usunięcie ciała obcego z serca (47). — Sokołowski: Karol Marcinkowski (48). — Horodyński: Przyczynek do patologii uchyłka Meckela (49—50). — Zahorski K.: Znikanie objawu Cheyne-Stokesa pod wpływem wdychań tlenu i t. d. (49). — Zieleniewski: Stwardnienie rozsiane mózgu i rdzenia i t. d. (50). — Karwacki: Przyczynek do roli chorobotwórczej lasecznika Achalmea (51). — Hewelke: Sposób mechaniczny ułatwiania defekacyi (51). — Sterling St.: Ciśnienie krwi w przebiegu tyfusu plamistego (52). — Zahorski K.: Mnogie

rany klatki piersiowej, zadane gwoździem w celu samobójczym (52).

Gazeta lekarska 1916 Nr 1—21: Loth: Wykład wstępny z anatomii opisowej (1). — Pruszyński: O działaniu anafilaktycznem endotoksyn cholery i czerwonki (1—2). — Gepner: Ś. p. prof. B. Wicherkiewicz (2). — Jaworski: Ś. p. Teodor Borysowicz (3). — Sokołowski: O związku urazu z rozwojem gruźlicy płucnej i chorób organicznych serca (3—4). — Bączkiewicz: S. p. prof. dr. M. L. Jakubowski (4). — Bujwid: Wyrób i stosowanie ochronne szczepionek cholerycznej i tyfusowej w czasie obecnym (5). — Szumlański: Przyczynek do nauki o ciałach obcych w uchu (5). — Heryng: Leczenie głosu śpiewaczego zapomocą rękoczynów operacyjnych (6—7). — Czajkowski: Makowiec polski i spostrzeżenia nad nim (6). — Zawadzki: Rany postrzałowe naczyń krwionośnych (7—8). — Reichman: O rozstrzeni dwunastnicy (8—9). — Puławski: Ś. p. Karol Benni (9). — Higier: Zapalenie rdzenia w przebiegu tężca (9—10). — Puławski: S. p. Henryk Fidler (10). — Jaworski J.: O zaburzeniach w sferze płciowej u kobiet pod wpływem niedostatecznego odżywiania (10—12). — Starkiewicz: Choroba puchlinowa (11—12). — Goldflam: W kwestyi t. zw. dowolnych ruchów źrenic (12—15). — Waldenberg: O wynikach leczenia operacyjnego zapalenia wyrostka robaczkowego (13). — Pruszyński: Ś. p. Stanisław Domański (14). — Brudziński: O nowych objawach podrażnienia i zapalenia opon mózgowordzeniowych (15). — Brudziński: Wykład wstępny z propedeutyki lekarskiej (16). — Brudziński: O nowej postaci objawu karkowego w zapaleniu opon mózgowordzeniowych u dzieci (16). — Bronowski: Kilka przypadków zapalenia otrzewnej w zakażeniach pneumokokkowych u dorosłych (17). — Czajkowski: Lecznictwo fizykalne w naszych szpitalach (17). — Mossakowski: Przyrząd do rozwierania klatki piersiowej na zwłokach (18). — Kraskowski: Doświadczenia w sprawie tępienia wszy (18). — Łapiński: Opieka lekarska i społeczna nad kalekami i inwalidami (18—19). — Stef. Sterling: Jeszcze o odczynie opaskowym (19). — Margolis: Odczyn opaskowy w tyfusie plamistym i brzusznym (19). — Koskowski: Odczyn skórny w durze (20). — Kowalski: Wpływ nerwów błędnych i współczulnych na czynność serca (20—21). — Stefan Sterling: Notatka o optochinie (20).

Medycyna i Kronika lekarska 1914. Nr 33—52: Grzywo-Dąbrowski: Stosowanie luminalu w otępieniu padaczkowem (33). — Maybaum: O wczesnem rozpoznawaniu raka narządów trawienia (dok. 34). — Pański: Przypadek torbieli móżdżku (34—36). — Przygoda: Modyfikacya przekłucia próbnego jamy opłucny (35). — Giedgowd: O różnicy pomiędzy krtanią dziecięcą a krtanią dorosłego (30—42). — Nisenson: Przypadek płonicy, powikłany gośćcem i t. d. (39). — Messing: Przyczynek do leczenia zimnicy salwarsanem (41). — Lubliner: Rana postrzałowa z uwięźnięciem kuli w jamie Highmora i t. d. (43). — Zawadzki: Uszkodzenia skutkiem bomb, rzucanych przez lotników (44). — Higier: Niektóre rzadsze objawy w 2 przypadkach zajęcia wzgórka wzrokowego (45—48). — Krauze: Przypadek uszkodzenia pociskiem wybuchającym, rzuconym z aeroplanu (46). — Hewelke: Sposób ilościowego określenia mocznika zapomocą ureazy (47). — W. Biehler: Uproszczony sposób przedstawienia graficznego uszkodzeń, powstałych od rozmaitych pocisków (48). — Adelfang: Stosowanie odczynu Abderhaldena w rozpoznawaniu ciąży i nowotworów złośliwych (49). — Zawadzki: Sposoby oczyszczania ścieków zagranicą (43—52). — Tokarski: Przypadek wodogłowia z jednoczesną syringomyelią (51). — Ś. p. Fr. Neugebauer (50). — Bajenkiewicz: Przyczynek do zranień, spowodowanych przez pociski wybuchające (50). — Rosenberg: Niezwykły przypadek zakażenia syfilitycznego pozapłciowego. (52).

Medycyna i Kronika lek. 1915 Nr 1—52: Hirszfeld: O rozpoznawaniu syfilisu na zasadzie zjawisk krzepnienia krwi (1) — Wejnert: O wartości badania zgłębnikiem stanu żołądka na czczo (2—3). — Rechniowski: Statystyka zapaleń wyrostka robaczkowego, leczonych w szpitalu św. Trójcy w Piotrkowie (4—6). — Sokołowski: Ś. p. Konrad Dobrski (7). — Leyberg: O wstrzykiwaniu stężonych roztworów neosalwarsanu do odbytnicy (7—8). — Giedgowd: O białku w plwocinie w zapaleniu płuc włóknikowem (9—11). — Leśniowski: W sprawie leczenia operacyjnego nerki ruchomej (11—13). — Moniuszko: Nowy sposób usypiania zapomocą lawatywy z eteru (13—14). — Koenigstein: O krwotokach pooperacyjnych z górnego odcinka dróg oddechowych (15—19). — Higier: Leczenie niechirurgiczne w chirurgii polowej (16—19). — Zawadzki: Mieczysław Halpern (wspomnienie pośm.) (17). — Biegański: W sprawie profilaktyki osobistej w durze wysypkowym (17). — Nisenson: Rzut oka na endemie płonicy w Warszawie w 1914 r. (20). — Pański: Przypadek porażenia przepony po kontuzyi (21). — Borowska: Przyczynek do leczenia rzeżączki u kobiet i dzieci (22—26). — Zawadzki: Przyczynek do leczenia zatrucia chlorem (25). — Heiman: Z kazuistyki powikłań spraw ropnych ucha środkowego (26—28). — Orłowski: W sprawie instytutów wydziału lekarskiego uniwersytetu warszawskiego (28—30). — Pański: Przypadek uszkodzenia mózgu w obrębie zakrętu środkowego tylnego (29). — Gnoiński: Przypadek zgorzeli moszny, prącia i górnej części krocza (31). — Pański: W sprawie nerwicy wskutek kontuzyi i wstrząsów wojennych (32—34). — J. Z. (Zawadzki): Jak się żywić w czasie wojny (32—33). — Mintz: O niepomyślnych skutkach gastroenterostomii (35—36). — Higier: Z dziedziny przesądów i błędów dyagnostycznych neurochirurgii polowej (37—41). — Mutermilch: Prof. P. Ehrlich (życiorys) (39—40). — Korybut-Daszkiewicz: O zgorzeli pierwotnej narządów płciowych zewnętrznych u małych dziewczątek (42). — Orłowski: Polska wszechnica (43). — Srebrny: Z kliniki zwężeń tchawicy (43—47). — Peszke: Wspomnienie o dr. Karolu Marcinkowskim (47). — Zylberlastówna: Przypadki niedorozwoju układu nerwowego (48—50). — Giedgowd: O przepuklinie kresy białej i stosunku jej do urazu (51—52). — W. Biehler: Przypadek uchyłka Meckela w przepuklinie pachwinowej (51). — Zawadzki: Artykuł z powodu pięćdziesięciolecia wydawnictwa (52).

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Sprawozdanie

Biura Towarzystwa lekarzy galicyjskich

za rok 1914 i 1915.

Z powodu wojny jest niemożebnem zgromadzić potrzebnej, według wymogów statutu, liczby delegatów na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich, któremu mogłaby Rada zawiadowcza złożyć sprawę z czynności swojej.

Okazało się nadto, że po inwazyi nawet nie można było zgromadzić potrzebnej do powzięcia prawomocnych uchwał liczby członków Rady zawiadowczej, gdyż większa część mieszka poza Lwowem. Wobec tego, biuro Towarzystwa, które prowadzi sprawy, ogłasza wyciąg ze sprawozdania za r. 1914 i 1915. Podajemy tylko najgłówniejsze statystyczne daty i ściśle rzeczowe wykazy i liczby, które stwierdzają stan majątkowy Towarzystwa w dniu 31 grudnia 1915.

I.

W roku 1914 należało do Towarzystwa naszego 772 członków, z tych należało do Towarzystwa lekarskiego lwowskiego 279 — do Towarzystwa lekarskiego krakowskiego 219 — do oddziałów prowincyonalnych 271 — mieszkało poza granicami kraju 3.

W roku 1915 było 758 członków. Ze Lwowa 269, z Krakowa 215, z oddziałów prowincyonalnych 271 — mieszkało poza granicami kraju 3.

W ubiegłem dwuleciu śmierć spowodowała bolesne i liczne straty w szeregu członków Towarzystwa.

Podczas inwazyi zmarł ostatni z żyjących jeszcze założycieli Towarzystwa lekarzy galicyjskich, Dr Bolesław Głowacki. Należał do Towarzystwa lat 48. W swoim czasie brał żywy udział w życiu tegoż i przyczynił się do jego rozwoju i wzrostu. Był członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. W uznaniu jego zasług zamianowała Dr Głowackiego Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich na marcowem posiedzeniu 1914 także członkiem honorowym Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Potwierdzenia tego mianowania przez Walne Zgromadzenie odroczone z powodu wojny, nie doczekał się. Inwazyi również nie przeżył prof. Grzegorz Ziembicki, były członek Rady zawiadowczej naszego Towarzystwa i fundator funduszu wieczystego. Dalej zmarli w tych latach z lwowskich kolegów: Burzyński Alfred, Chomin Antoni, Czarnik Stanisław, Elektorowicz Emil, Gembarzewski Zygmunt, Kossak Leon, Lazarus H., Świątkowski Jan, Szydłowski Zdzisław, Turnau Karol i Zawadil Bogumił. Z kolegów krakowskich: Prof. M. Jakubowski, Prof. B. Wicherkiewicz, Prof. E. Mięsowicz, Prof. St. Ponikło, Prof. K. Żuławski, Doc. St. Droba, Adam Rydel, St. Szurek, Alfr. Grünberg, R. Sopiński i M. Schudmak.

Z zamieszkałych na prowincyi: koledzy Bujalski z Obertyna, Bukowski z Wadowic, Dolnicki ze Stryja, Edelheit z Sanoka, Gąsiorowski z Winnik, Gawlik z Zakopanego, Jajus z Sokala, Michalik z Worochty, Rotter z Cieszanowa' Strumieński z Brodów, Tarchalski z Zatora i Zborowski z Andrychowa. Cześć ich pamięci!

II.

1. Dary. Zwyczaj pamiętania o wdowach i sierotach po kolegach naszych, którzy zmarli, zanim zabezpieczyli przyszłość swojej rodzinie, przyniósł następujące dochody:

W roku 1914 ofiarowali na wdowy i sieroty:

Dr Hirschler (Lwów) 5 K, Związek lekarzy rządowych ku uczczeniu pamięci ś. p. kolegi Barzyckiego 381 K, koledzy lwowscy zamiast wieńca na trumnę ś. p. Alfreda Burzyńskiego 80 K, Dr Lic Henryk nieprzyjęte honoraryum 50 K, Dr Pilewski zamiast wieńca dla ś. p. Festenburga 50 K, kolega Machek 25 K, Dr Borysiewicz (Monasterzyska) 106 K, Pani Profesorowa Gilewska z Wiednia 500 K, Wydział lekarski we Lwowie, oprócz wieńca na trumnę ś. p. Festenburga, 92 K. Razem 1289 K.

W roku 1915: Prof. Gilewska z Wiednia na fundusz imienia swojego męża 1.000 K za rok 1915 — a 500 K już na rachunek roku 1916 — razem 1.500 K. — Kolega Machek 160 K 80 h. Razem 1.660 K 80 h.

2. Zapisy na rzecz Towarzystwa, poczynione w r. 1913, dotąd z powodu wojny nie zostały zrealizowane. Nie zachodzą jednakże, jak z toku postępowania spadkowego wynika, żadne trudności w przeprowadzeniu rzeczy. Spadek po kol. Gawałkiewiczu wynosi 10.000 K, po kol. Kaliszu 5.000 K, po kol. Lukasie 194.000 K. Tenże oprócz tej sumy zapisał Towarzystwu jeszcze 30.000 K, z których pobierała dożywocie jego bratowa, pani Lukasowa, która wkrótce zmarła. Po jej śmierci, w myśl ostatniej woli, po-

biera dożywocie z tej sumy siostra pani Lukasowej, p W. Turuszewicz.

W tegorocznym wykazie funduszów wieczystych już umieściliśmy w osobnym dziale zapisane nam sumy, skutkiem czego fundusze nienaruszalne powiększyły się o umieszczoną w depozytach kwotę 239 000 K.

Chociaż sprawa spadkowa po ś. p. Lukasie jeszcze jest w toku, Bank krajowy, który administruje złożoną tamże kwotą 194.000, na propozycyę kuratora testamentu adwokata Dr Zbyszewskiego, po przyznanem ze strony Towarzystwa zabezpieczeniu na naszym depozycie Nr 2978, przyzwolił na wypłacanie nam odsetek. Pierwszą ratę już w roku 1916 pobraliśmy. Z początkiem tedy roku 1916 fundacya Lukasa częściowo wchodzi w życie. Jest to po fundacyi Stillera najpoważniejsza fundacya naszego Towarzystwa.

Panu Dr Stanisławowi Zbyszewskiemu za życzliwą opiekę, którą otacza fundusz ś. p. Lukasa, na tem miejscu składamy publiczne podziękowanie.

3. Wsparcia stałe i czasowe (Pensye i zapomogi).

W roku 1914 wsparcia stałe wynosiły 8.675 K, czasowe 4.390 K. Razem 13 065 K.

W roku 1915 stałe 11.560, czasowe 4.360 — razem 15.920 K.

W latach tedy 1914 i 1915 pobrały nasze wdowy i sieroty 28.985 K, a jeżeli do tego dodamy pobranych 7.250 K w czterech pierwszych miesiącach roku 1916, to Towarzystwo, w czasie tej wielkiej potrzeby, wspomogło je kwotą 36.235 K. Mogliśmy to uczynić dzięki ofiarności naszych fundatorów, gdyż nasze dochody bieżące od wybuchu wojny aż do końca 1915 roku zanikły zupełnie. Podczas samej inwazyi, w zajętej części Galicyi przyznawał wsparcia kolega Schellenberg w porozumieniu z kolegami Juraszem i Müllerem, zaciągnąwszy w Banku krajowym dług 6.000 K, który prawie już spłaciliśmy. Wdowom i sierotom, zamieszkałym poza granicami inwazyi, a także w Królestwie Polskiem i w Niemczech, rozsyłał wsparcia prezes Towarzystwa (11.400 K) w porozumieniu pisemnem z kolegami Browiczem, Ciechanowskim, Gluzińskim i Renckim.

Nie można na tem miejscu nie wspomnieć, czem była ta pomoc w tych ciężkich czasach. Wartość małego wsparcia wzrastała do poważnych rozmiarów. Złamane postacie niewiast, wdów po naszych kolegach, łzawem okiem oczekiwały najskromniejszej pomocy, która była rzeczą chleba na dziś dla nich i dla ich sierót. Niech błogosławioną będzie pamięć naszych fundatorów, których ofiara dała pomoc w tej wielkiej potrzebie.

Z pensyonistek naszych zmarły doktorowa Teitelbaumowa w Brzeżanach i doktorowa Krąpcowa w Lipsku w Saksonii. Wykaz imienny wdów i sierot, które pobierały wsparcia, ogłosimy w następnem sprawozdaniu. Stałe zapomogi (pensye) pobierało 35 wdów lub sierót, jednorazowych wsparć udzielono 104.

4. Fundacye wieczyste wzrosły do kwoty 796.732·11 K.

Kapitał jest nienaruszalny. Rozporządzaliśmy tylko odsetkami, i to mniejszej części, t. j. kwoty 370.000 K. Odsetki z reszty, t. j. kwoty 426.732·11 K, pobierają w przeważnej części dożywotnicy. Pewna część na życzenie fundatorów przyłącza się na razie do kapitałów fundacyi, które skutkiem tego wzrastają.

5. O ruchu naukowym w Krakowie i Lwowie złożyły sprawozdanie Towarzystwa lekarskie. W oddziale jarosławskim, któremu przewodniczy Dr Czyżewicz, odbywają się posiedzenia naukowe.

Pisma nasze, »Tygodnik lekarski« i »Przegląd lekarski«, z rozpoczęciem wojny zawiesiły wydawnictwo. »Przegląd lekarski« już od jesieni 1915 r. znowu wychodzi, narazie jako pismo miesięczne, i jest, zanim »Tygodnik« znowu zacznie wychodzić, jedynym organem Towarzystwa lekarzy galicyjskich. »Przegląd« odbierają wszyscy członkowie Towarzystwa naszego, których miejsce pobytu jest nam znane. Ponieważ członkowie oddziałów prowincyonalnych przez dłuższy czas pism nie pobierali, obniżyła Rada zawiadowcza dla nich opłatę roczną z 25 K na rok 1914 na 20 K, na rok 1915 na 12 K, a na rok 1916 na 15 K.

6. Zestawienie rachunków za r. 1914 i 1915 wykazuje, jak niekorzystny wpływ wywarła wojna na dochody naszego Towarzystwa. Należy je porównać ze sprawozdaniem za rok 1913, ogłoszonem w »Przeglądzie lekarskim« w marcu 1914. Dzięki zasobom kasowym, uzbieranym w latach 1911—1913. pokryto potrzeby Towarzystwa z gotówki, bez zaciągnięcia pożyczki.

Listę członków Towarzystwa lekarzy galicyjskich ogłosimy w sprawozdaniu za rok 1916.

III.

Sprawozdanie z Morszyna.

Zakład wydzierżawiliśmy z rokiem 1914 na lat 10 panu Władysławowi Makarewiczowi, właścicielowi »Gościnnego Dworu« w Jaremczu. Dzierżawa jednakże nie wstrzymuje sprzedaży majątku, gdyby Towarzystwo go sprzedać chciało, a władze, nadzorujące fundacye krajowe, na to zezwoliły. Dzięki uzbieranemu funduszowi inwestycyjnemu zrestaurowano przed wojną gruntownie łazienki, kosztem 3.000 K. Inne inwestycye i restauracye były w toku. Zakład w lipcu 1914 był zapełniony, pozostawał pod lekarskim kierunkiem Dr Witolda Schreibera, a w dwa dni po wypowiedzeniu wojny opróżnił się zupełnie. Przez czas inwazyi dzierżawcy lub ich zastępcy byli na miejscu i szkody nie było. Dopiero podczas wypierania wojsk nieprzyjacielskich stał się Morszyn przez kilka dni polem bitwy. Część ludności i dzierżawców wydalono. Skoro jednakże wojska rosyjskie ustąpiły, dzierżawcy wrócili. Teraz zastano bardzo znaczne szkody w zakładzie — brak inwentarza zakładowego, pościeli i urządzenia wewnętrznego, znaczne uszkodzenia zrestaurowanych łazienek i budynków, wreszcie parku. W lesie ścięto wiele drzew, a za parkiem wykopano rowy obronne, do czego użyto materyału drzewnego, złożonego w lesie. Budynki folwarczne uszkodzono, budulec, materyały, przygotowane do pokrycia dachów w folwarku gonty, pozabierano. Obecnie dzierżawcy pozostają na miejscu i starają się szkody naprawić. Towarzystwo lekarzy galicyjskich wniosło do władzy podanie o wynagrodzenie szkód wojennych, które zaszły w zakładzie, folwarku i w lesie. Dzierżawcy zakładu, folwarku, warzelni i źródeł wnieśli ze swojej strony podanie o wynagrodzenie szkód wojennych, o ile dotyczyły ich własności. Dla Towarzystwa strata inwentarza zakładowego jest dotkliwą szkodą. Bez sprawienia nowego inwentarza zakładu prowadzić nie można.

Zdaje się, że pomimo planu sprzedaży, w przyszłości będziemy jeszcze przez czas jakiś zmuszeni administrować Morszynem. Na Walnem Zgromadzeniu złoży zarząd szczegółowe sprawozdanie ze stanu majątku i przedłoży propozycye, które mają dalszą gospodarkę umożebnić. Na razie, wobec braku dochodów, opłata podatków i rat bankowych jest wstrzymana.

Dzierżawcy dotąd nie mogli złożyć należytości. Wyjątek stanowi p. Dr Poratyński, który za dzierżawę wyrobów morszyńskich złożył należytość za rok 1914 i 1915.

IV.

W skład Rady zawiadowczej wchodzili koledzy:

Prezes: Machek Emanuel (Lwów); zastępca prezesa: Rencki Roman (Lwów); sekretarz: Zabłocki Stanisław (w niewoli ros.); skarbnik: Schellenberg Leopold (Lwów).

Członkowie Rady koledzy: Browicz Tadeusz (Kraków), Ciechanowski Stanisław (Kraków), Fechter Tadeusz (Jarosław), Gluziński Antoni (Lwów); Lachowicz Zdzisław (Biała); Müller Emil (Biała) i Sołtysik Mieczysław (Stryj).

We Lwowie 5. maja 1916.

Z Biura Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

R. Rencki
A. Gluziński
St. Ciechanowski

E. Machek
prezes.

1. Zestawienie rachunków za rok 1914 i 1915.

DOCHODY.

		1914		1915	
	Stan gotówki 1. stycznia	5.437	82	7.977	13
1	Morszyn zakład i posiadłość	7.857	80	872	—
2	Fundusz inwestycyjny na restauracyę łazienek	—	—	3.000	—
3	Opłaty statutowe Towarzystwa lekarsk. lwowskiego	—	—	1.096	—
4	» » » » krakowskiego	—	—	868	—
5	» członków	5.728	—	50	—
6	Wpisowe	60	—	—	—
7	Dary na wdowy i sieroty	1.289	—	1.160	80
8	Odsetki zrealizowane z kapitałów	11.440	93	12.038	74
9	Za wylosowane efekta funduszów wieczystych	1.200	—	—	—
	Razem	33.013	55	27.562	67

WYDATKI.

		1914		1915	
1	Morszyn zakład i posiadłość	7.285	60	1.512	—
2	Ryczałt za restauracyę łazienek	—	—	3.000	—
3	Administracya, manipulantka, lokal	671	51	1.182	35
4	Tygodnik lekarski	609	75	1.096	—
5	Przegląd lekarski	1.359	49	868	—
6	Wsparcia stałe (pensye)	8.675	—	11.560	—
7	Wsparcia jednorazowe (zapomogi)	4.390	—	4.360	—
8	Zakupione papiery wartościowe dla funduszów	1.116	75	—	—
9	Podatek ekwiwalentowy	368	32	—	—
10	Odsetki za pożyczkę podczas inwazyi	160	—	80	—
11	Notaryusz za czynność przy legacie ś. p. Lukasa	400	—	—	—
		25.036	42	23.658	35
	Stan 31. grudnia	7.977	13	3.904	32
	Razem	33.013	55	27.572	67

2. Stan majątkowy Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

z dniem 31. grudnia roku 1915.

	Stan czynny	K	h
1	Pozostałość kasowa z 31. grudnia 1915:		
	a) fundusz inwestycyjny Morszyna 5.400·34 K b) gotówką . . . . 3.904·32 » . .	9.304	66
2	I. Fundusze niewzrastające. Papiery wartościowe nom. . . .	220.100	—
3	II. » wzrastające » » » . . .	176.270	25
4	III. » tworzące się » » » . . .	9.479	53
5	IV. » z których pobierają odsetki dożywotnicy . . .	151.882	33
6	Kaucya w pocztowej Kasie Oszczędności	200	—
7	Los turecki Nr. 294.398 należący do fundacyi Niedźwieckiego .	200	—
8	Depozyt w Banku krajowym (rachunek Morszyna)	1.000	—
9	Wartość Morszyna wraz z zakładem	268.045	—
10	Saldo w Banku krajowym z dniem 31. grudnia 1915	612	—
	Razem . . .	837.093	77

	Stan bierny	K	h
	Długi		
1	Reszta I. pożyczki hipotecznej (Morszyn)	66.280	58
2	Reszta II. pożyczki hipotecznej (Morszyn)	22.432	08
3	Pożyczka z funduszów Towarzystwa udzielona Morszynowi . . .	23.408	09
4	Reszta długu zaciągniętego podczas inwazyi w Banku krajowym	1.000	—
	Długi razem	113.120	75
	Stan czynny 31. grudnia 1915	723.973	02
	Razem . . .	837.093	77

3. Lokacya walorów i kapitałów stanowiących stan czynny.

Pozycya stanu czynnego

1. a) Fundusz inwestycyjny Morszyna na książ. Banku kraj. Nr 40.480. Książeczka w przechowaniu skarbnika.
   b) Gotówka na rachunku czekowym poczt. Kasy oszczędn. Nr 36.941. Do dyspozycyi prezesa i skarbnika (wspólnie).

2, 3, 4. Walory mają zabezpieczenie pupilarne, w depozycie Banku kraj.; kwit depozytowy Nr 2.978 przechowuje skarbnik. Gotówka, należąca do funduszu ad 4. na książ. gal. Kasy oszczędn. Nr 53.085, i Banku kraj. Nr 43.063, w przechowaniu prezesa.

5. Zapis Dr Jasińskiego w depozycie sądowym. Zapis Dr Barzyckiego w Banku kraj.; — kwit depozytowy Nr 1217 przechowuje skarbnik.

6. 7. Kaucya w poczt. Kasie oszczędn. Nr 190.424 i los turecki Nr 294.398 przechowuje skarbnik.

8. 10. W Banku krajowym — rach. 684.

4. Wieczyste fundusze Towarzystwa z d. 31 grudnia 1915.

I. Fundusze niewzrastające.
(Procenta przeznaczone na pensye i zapomogi).

	Walory nom.	
1. Dra Barzyckiego	2400	
2. » Biesiadeckiego	14300	
3. Prof. Czyżewicza	34000	
4. Dra Garbińskiego	2800	
5. » Jasińskiego	126300	
6. Fundusz jobileuszowy	3200	
7. Dra Krówczyńskiego	800	
8. » Krzeczunowicza	8600	
9. » Łuszczkiewicza	800	
10. » Mahla	3400	
11. » Merunowicza	4000	
12. » Niedźwieckiego	17300	
13. » Różańskiego	300	
14. » Józ. Świątkiewicza	1400	
15. » Szulisławskiego	500	
	220100	Razem 220.100·—

II. Fundusze wzrastające.
(Procenta przeznaczone na pensye i zapomogi).

	Walory nom.	na książeczce	Morszyn dłużny	
1. Prof. Gilewskiego	32.100	2071 68	—	
2. Dra Lukasa	7.500	190·48	—	
3. Własny fundusz Tow. lek. galic.	111.000	—	23.408·09	
	150.600	2.262.16	23.408·09	176.270·25

III. Fundusze, których procenta przyłącza się na razie do kapitału.

	Wal. nom.	na książeczce		
1. Prof. Macheka	1.000	324·40		
2. » Marsa	3.800	328·91		
3. » Rydygiera	2.200	201·22		
4. » Ziembickiego G.	1.000	125·—		
5. Kaplica Morszyńska	400	100·—		
	8.400	1.079·53	Razem	9.479·53

IV. Fundusze, z których procenta pobierają dożywotniczki.

1. Dra Jasińskiego	91.055·82	
2. » Barzyckiego	60.826·51	
	151.882·33	151.882·33
		Razem 557.732·11

Nowe zapisy.

V. Do funduszów wieczystych należą zapisane Towarzystwu, ale jeszcze nam nie wypłacone, legaty. Fundusze są w depozytach, a sprawy spadkowe w toku.

1. Legat Dra Gawałkiewicza	10.000 K
2. Legat Dra Kalisza	5.000 K
3. Legat Dra Lukasa	194.000 K
4. Drugi legat Dra Lukasa, obciążony dożywociem	30.000 K
	Razem 239.000 K

Rok LV. Kraków, 15. lipca 1916. Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału wewnętrznego II. szpitala powszechnego we Lwowie.

Okres wylęgania (stadium incubationis et prodromorum) duru plamistego.

Podał

Antoni Gluziński.

Podług dotychczasowych spostrzeżeń okres wylęgania duru plamistego, jak wiemy, trwa od 4—14 dni, najczęściej 8—12. Spostrzeżenia o jednodniowym okresie wylęgania (Murchison, Gerhardt), lub o $1^1/_2$—6-miesięcznym (Hayrath, Barallier, Bankroft) nie zasługują na uwagę.

Rzadkie mamy opisy, jak zachowuje się chory w tym okresie. Curschmann [1]) w swem dziele wspomina, że »in der überwiegenden Mehrzal der Fälle sind die Kranken dieser Periode völlig frei von krankhaften Erscheinungen. Nur selten werden unbestimmte Beschwerden. Kopfschmerz, Schwindel, Kreuzschmerzen, Appetitlosigkeit. Mattigkeit oder niedergedruckte Stimmung angegeben«.

Przypadek zdarzył, że na oddziale, zostającym obecnie chwilowo pod moim kierunkiem, miałem sposobność spostrzegania całego okresu wylęgania duru plamistego. Rzadkość obserwacyi z jednej strony, pewne uwagi nasuwające się z drugiej strony, usprawiedliwiają ogłoszenie tego przypadku.

W dniu 15. stycznia b. r. przyjęto na oddział chorą H. S., liczącą lat 54. Rozpoznanie brzmiało: Pleuropneumonia crouposa lobi inferioris pulmonis sinistri cum ictero in individuo c. endocarditide chronica (insuffic. valv. mitralis et sten. ostii ven. sin. in stadio compensationis).

W piątym dniu pobytu chorej w szpitalu nastąpił przełom, rozdzielenie nastąpiło prawidłowo, żółtaczka ustąpiła; chora bez wszelkiego podwyższenia ciepłoty pozostała w szpitalu jako rekonwalescentka do dnia 13. lutego b. r., czyli 24 dni po przełomie. Pozostawała zaś tak długo dlatego, by wobec wady sercowej i bradykardyi, która zjawiła się po przełomie (tętno 36—44 na minutę) mógł się wzmocnić mięsień sercowy. Chora wprost ze szpitala wróciła do poprzedniego swego mieszkania, które zajmowała u stróżki przy ulicy Z.

We dwa tygodnie później, 26. lutego, zjawiła się chora znowu na oddziale, skarżąc się na osłabienie, ból głowy i brak łaknienia. Gdy badanie oprócz zmian, odpowiadających wadzie sercowej, wykazało przy stanie bezgorączkowym lekko powiększoną wątrobę i ślad obrzęku na kończynach dolnych, odnieśliśmy skargi chorej do rozpoczynającego się niewyrównania krążenia, tembardziej, że tętno zwolnione, z którem chora opuściła poprzednio szpital, przyspieszyło się na 76 uderzeń. Mocz bez zmian. Jakkolwiek dwudniowy spokój i dawka naparstnicy (infus. digitalis) wystarczały dla usunięcia wszelkich objawów sercowych, stan chorej podmiotowo się nie poprawiał, — a wyjaśnienie znalazł on, gdy dalszy przebieg wykazał, że był to okres wylęgania i wstępny (stadium incubationis et prodromorum) duru plamistego, który w 13. dniu pobytu chorej w szpitalu rozpoczął się dreszczem i nagłem podniesieniem się ciepłoty do 40° C., a w 4 dni później wystąpieniem charakterystycznej wysypki. Chorą przeniesiono do pawilonu dla duru plamistego.

Okres wstępny duru plamistego spostrzegaliśmy tutaj przez dni 13 — w nim przybyła chora do szpitala. Kiedy on się zaczął i skąd nabyła chora zakażenia, stwierdzić nie było można. W mieszkaniu chorej, ani w domu całym, nikt nie chorował, w izbie przyjęcia szpitalnej od 2 tygodni nie było przypadku duru plamistego, a na sali obserwacyjnej, na której chora przebywała przez pierwszy dzień po przybyciu do szpitala, ostatni przypadek duru plamistego był przed miesiącem. Gdyby chora zapadła nawet w dniu przyjęcia do szpitala, okres ten trwałby dni 13, a prawdopodobnie trwał on dłużej. Do niego trzeba było odnieść podmiotowe skargi chorej, jak ogólne pewne znużenie, ból głowy, brak łaknienia, a co najważniejsze, to pewne zaburzenie w przebiegu ciepłoty w tym okresie, dla którego nie mieliśmy wytłómaczenia aż do chwili właściwego wybuchu choroby, a który przedstawia załączona tabliczka:



Z tabliczki tej widzimy, że w 3. i 4. dniu pobytu chorej na oddziale, czyli na 10 i 9 dni przed wybuchem choroby, mieliśmy przez te 2 dni podniesienie ciepłoty do 38° C. Czy objaw ten należy do okresu wylęgania i wstępnego duru plamistego? Sądzę, że tak i zwracam na to uwagę. Sposobność do obserwacyi w tym kierunku, która jedynie może rozstrzygnąć, nie często się zdarzy, a jednak zwracać na ten szczegół należy uwagę, zwłaszcza w czasie epidemii, by u ludzi, mogących uledz zakażeniu, nie przejść lekko nad takiem krótkiem podwyższeniem ciepłoty, które, jak przypadek ten wskazuje, może należeć do okresu zwiastunów (stadium prodromorum) duru plamistego. Spostrzeżenie to jest niejako uzupełnieniem krótkiej wzmianki w dziele Curschmanna [1]), który mówiąc o tym okresie choroby, pisze: »Zwei Fälle — Personen, die sich unter meinen Augen im Krankenhause afficirt hatten — boten ganz leichte

[1]) Nothnagel's Handbuch der spec. Pathologie und Therapie. T. III.

[1]) l. c.

Fieberzustände bei grösseren als normalen Tagesschwankungen der Curve«.

Czy objaw ten należy do stalszych, czy wyjątkowych— pytanie to rozstrzygnąć może tylko dalsza obserwacya.

Nawiasowo dodam, że załączona krzywa w okresie już stałej gorączki przez 4 dni aż do wystąpienia wysypki przedstawia przebieg, jaki często widziałem w durze plamistym, t. j. nagłe najwyższe podwyższenie w pierwszym dniu, potem w następnych dniach stosunkowe obniżenie ciepłoty, podobnie jak to widzimy przy innej chorobie ostrej wysypkowej, t. j. odrze.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.
Spostrzeżenia kazuistyczne.

Choroba Dercuma

opisał

Prof. Dr. L. Korczyński.

Po ogłoszeniu przez Dercuma w r. 1888 i 1892 spostrzeżeń o odrębnej postaci otyłości, określonej mianem otyłości bolesnej (adipositas dolorosa), pojawiło się w ostatniem dwudziestoleciu dość dużo prac, zajmujących się tą nową postacią chorobową tak pod względem symptomatologii, jak i patogenezy. Rzucano także pytanie, czy i o ile wolno wogóle mówić o zupełnie odrębnej chorobie. Pytanie to wydawać się mogło zupełnie słusznem wobec tego, że niektórzy autorowie opisywali pod nazwą choroby Dercuma przypadki, w których obraz, nakreślony przez amerykańskiego lekarza, wcale nie występował wyraźnie. Ostatecznie dojśćby musiało do tego, że każdy przypadek otyłości z bolesnością tkanki tłuszczowej trzebaby poczytywać za otyłość bolesną. Toteż niewątpliwie słusznie przestrzegał Oppenheim przed bezkrytycznymi opisami, zwłaszcza przed tworzeniem pojęcia postaci niezupełnych lub przejściowych. A słuszność tego rodzaju przestrog i zastrzeżeń uznać trzeba tembardziej, skoro uwzględnimy, że patogeneza choroby Dercuma nie jest ostatecznie rozjaśniona. Gdy jedni autorowie oświadczają się stanowczo za pochodzeniem urazowem, ściślej — neurotroficznem, to inni szukają przyczyny chorobowych zmian w zaburzeniach czynności gruczołów hormonotwórczych. Te dwie teorye stoją stale naprzeciw siebie. Spotykamy się z niemi i w najnowszych pracach Falty i Hirschfelda z r. 1913. Falta stara się udowodnić słuszność teoryi neurotroficznej, Hirschfeld stara się uzasadnić pogląd, upatrujący tło choroby w zmianach wydzielniczych gruczołów, mających własność wydzielania wewnętrznego. Po której stronie słuszność, nie sposób stanowczo rozstrzygać. Może te zapatrywania nie są tak sprzeczne, aby je trzeba było wprost sobie przeciwstawiać. Zmiany odżywiania, o ile nie są prostem następstwem anatomicznych zmian w układzie nerwowym, pojmować trzeba jako wyraz nieprawidłowego podrażnienia nerwów, a więc podrażnienia, wywołanego przez ciała, których w prawidłowym ustroju albo niema zupełnie, albo które znajdują się w nim w tak małej ilości, że nie mogą wywierać biodynamicznych skutków. Odwołując się do naszych wiadomości o następstwach zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem, zupełnie słusznie wypowiedzieć możemy przypuszczenie, że tak zwane neurotroficzne objawy mogą mieć źródło w tego rodzaju zaburzeniach. Pojęcia »zmiany czynnościowe« i »zmiany w budowie« nie są bynajmniej równoznaczne i przy obecnym stanie badań histologicznych nie można ich uważać za synonimy. Tok spraw biologicznych może uledz bardzo znacznym zmianom, a mimo to takie wykolejenie nie objawia się jeszcze zmianami w utkaniu narządów. Mimo niewątpliwych postępów na polu badań wydzielania wewnętrznego nie podobna ująć naszych pojęć o gruczołach wydzielniczych w jedną zamkniętą całość i uważać tych pojęć w całej rozciągłości za niewzruszoną prawdę naukową. Bardzo często zadowolnić się musimy rozumowaniem dedukcyjnem i na tej drodze szukać wytłomaczenia dla zjawisk klinicznych, względnie dla zjawisk biologicznych, odbiegających od typu prawidłowego.

Z badań, leżących w zakresie nauki o przemianie materyi, dowiedzieliśmy się dość wiele o działaniu, jakie w tym kierunku wywierają gruczoły hormonotwórcze. Wiemy i o tem, że tesame gruczoły wpływają na cały szereg innych spraw fizyologicznych. U każdego osobnika istnieją właściwe mu formy życia wegetatywnego, które pojmować trzeba jako część ustrojowych właściwości, jako konstytucyę fizyologiczno-wegetatywną, w odróżnieniu od anatomicznej. Dopiero obie razem wzięte stanowią o całokształcie ustroju. Ten całokształt we wszystkich swoich szczegółach nie jest wszakże wyłączną indywidualną właściwością. Przy powstawaniu jego odgrywają bardzo wielką rolę czynniki, które działały na przodków osobnika, a więc czynniki, od których zależą właściwości odziedziczone. Studya etnologiczne, zajmujące się poznawaniem ras, plemion, a ostatecznie także i rodów, uczą, że właściwości odziedziczone nie zamykają się bynajmniej w samych tylko ramach somatycznych i psychicznych, ale odnoszą się także do spraw wegetatywnych. Zupełnie przytem jest naturalne, że dziedziczy się nietylko właściwości fizyologiczne, ale także i patologiczne. Medycyna kliniczna liczy się z tem w całej pełni i wprost mówi o odziedziczeniu chorób konstytucyonalnych, uznaje więc temsamem dziedzictwo wegetatywne.

Do rzędu skaz ustrojowych, względnie schorzeń konstytucyonalnych, należy także otyłość bolesna. Z pośród czterech zasadniczych znamion tej choroby, właściwej otyłości, bolesności tkanki tłuszczowej, osłabienia mięśni i zaburzeń psychicznych, spotykanych zresztą nie tak stale, mają w sobie zwłaszcza otyłość i osłabienie mięśni znamiona konstytucyonalnych wegetatywnych zboczeń. Jak przedstawia się sprawa dziedziczności? Na to pytanie nie można dać stanowczej odpowiedzi. Z przeglądu piśmiennictwa, tak dawniejszego, zestawionego do roku 1904 przez Weissa, jak i najnowszego, uwzględnionego w pracach Falty i Hirschfelda, nie można wnosić, że choroba Dercuma wprost się dziedziczy. Co najwyżej powoływaćby się można na tę okoliczność, że widywano ją u rodzeństwa. Ale za to ważnym szczegółem wydaje się rodzinna wprost odziedziczona skłonność do otyłości wogóle, a niemniej i ta okoliczność, że w niektórych przypadkach z prostej otyłości rozwinęła się potem typowa choroba Dercuma. W pewnych przypadkach istnieć przytem mogą bardzo powolne przejścia, o których patologicznej przynależności nie tak łatwo rozstrzygnąć. W każdym razie potrzeba do tego bardzo do-

kładnej znajomości symptomatologii choroby, przedewszystkiem w typowych przypadkach, i to znajomości, stanowiącej własność jak najszerszych kół lekarskich.

W naszem piśmiennictwie zajmowano się dotychczas otyłością bolesną bardzo niewiele. Tembardziej uważam za właściwe streścić spostrzeżenia, poczynione w przypadku zupełnie klasycznej postaci choroby Dercuma.

Luca G. z Travnika w Bośni, przyjęta na oddział 1 grudnia 1913.

Wywiady. Chora, żona kupca, liczy obecnie 63 lat. Do 39. roku życia była prawie szczupła, cieszyła się zawsze doskonałem zdrowiem, odbyła 8 zupełnie prawidłowych porodów. W 40. roku życia zaczęła tyć. Z początku był przyrost tkanki tłuszczowej zupełnie równomierny, dopiero w 46. roku życia, równocześnie z ustaniem miesiączkowania, zaczęły się pojawiać najpierw na tułowiu, później na kończynach rozmaitej wielkości guzy i rozlane zgrubienia w powłokach ciała, twarde i bardzo bolesne. W następnych latach przybywało ich coraz więcej, chora tyła coraz bardziej i w 52. roku życia, t. j. przed 11 laty, ważyła już 130 klg. Temu rozrostowi tkanki tłuszczowej towarzyszyły bole we wszystkich członkach i w stawach, oraz postępujące osłabienie mięśni, tak znaczne, że chora od 2—3 lat nie może chodzić bez pomocy. Prócz tego doznaje chora bardzo często uczucia chłodu, uczucia niepokoju w okolicy serca, a po ruchach duszności. Od 3 miesięcy pojawiają się od czasu do czasu biegunki bez jakiegokolwiek uchwytnego powodu.

Chora nadmienia, że w jej rodzinie istnieje powszechna skłonność do tycia. Otyłą była jej matka, obfitą podściółką tłuszczową odznacza się kilkoro rodzeństwa oraz kilkoro z pośród dzieci, a jeden z wnuków, chłopiec 14-letni, waży 80 klg.

Najważniejsze szczegóły z badania przedmiotowego były następujące:

Zachowanie się chorej zupełnie prawidłowe. Smutny i przygnębiony nastrój wytłomaczyć można dostatecznie samąż chorobą i zależnem od niej niedołęstwem fizycznem. Obejście spokojne, uprzejme. Rysy twarzy harmonijne, jakkolwiek nieco grubsze. Dopiero nad poziomą gałęzią żuchwy widać fałdy skóry, które w okolicy podbródka rozrastają się już potężnie i zlewają się z bardzo grubemi, tłustemi powłokami szyi. Klatkę piersiową porównaćby można z workiem podróżnym, opatrzonym w boczne kieszenie. Jako takie kieszenie przedstawiają się obwisłe, aż na brzuch zachodzące sutki i fałdy skóry, zwieszające się ku dołowi na grzbiecie i na bocznych częściach klatki piersiowej. Niemniej olbrzymio przedstawia się brzuch z powłokami grubemi i tłustemi, zwisającemi w postaci tęgich fałdów na sromie i na przegubach pochwinowych. Całości obrazu dopełniają nieforemne wałkowate kończyny górne i dolne. Na kończynach górnych ogranicza się nadmierny rozwój tkanki tłuszczowej właściwie tylko do ramion; kończyny dolne są w całości niezmiernie grube — jedynie tylko najniższa część goleni ma rozmiary prawidłowe. Przy obmacywaniu skóry okazuje się, że obok rozlanej otyłości znajdują się liczne, bądź kuliste, bądź płaskie guzy tłuszczowe, rozrzucone w różnych okolicach ciała, bolesne przy ucisku. Niektóre z nich leżą tuż pod skórą, inne głębiej wśród tkanki tłuszczowej podskórnej. Gdzieniegdzie stwierdzić można pod względem siedziby tych guzów bardzo wyraźną symetryę. Nader dobitnie występuje ona na kończynach, gdzie guzy sprawiają wrażenie korali, nanizanych na sznur, oraz na brzuchu wzdłuż obu mięśni prostych. Naokoło kolan, zwłaszcza około kolana lewego, utworzył się istotny sznur guzów. Na uwagę zasługuje ten szczegół, że na przedramionach, które, jak wspomnieliśmy, nie są bynajmniej tłuste, sięgają guzy aż do stawów nadgarstkowych i w tej właśnie okolicy odznaczają się one największą zbitością i bolesnością. Tłuszczaki rozlane są znacznie miększe i mniej bolesne.

Mięśnie całego ciała, o ile jeszcze dosięgnąć ich można, są bardzo wiotkie. Siła mięśni nader mała. Siła ucisku obu rąk, mierzona na siłomierzu, wynosi zaledwo 20 kilogramometrów, ręki prawej 10, lewej około 4 metrokilogramów.

Przy zginaniu kończyn powstaje prawie we wszystkich stawach, tak wielkich, jak i małych, bardzo wyraźne chrzęszczenie, które można nietylko wyczuć, ale wprost słyszeć.

Zabarwienie skóry naogół prawidłowe. W szczególności zaznaczam, że skóra nie miała odcienia sinawego, opisywanego przez rozmaitych autorów. Natomiast mieliśmy sposobność spostrzegać przemijające rozlane zaczerwienienie skóry rąk i nóg, zwłaszcza na palcach. Towarzyszyły temu zjawisku bolesne parestezye. Uczucie, doznawane przytem, porównywała chora z uczuciem pieczenia. Wrażliwość naczyniowo-ruchowa skóry wygórowana aż do właściwego dermografizmu. Wyraźnych zmian w czuciu nie można było stwierdzić.

W zakresie innych narządów stwierdzono, co następuje: Gruczoł tarczowy nie daje się wymacać. Dolny brzeg płuc nieco poniżej granicy prawidłowej. Szmery oddechowe dość szorstkie, zmieszane z suchemi rzężeniami. Uderzenie serca słabe. Czynność serca od czasu do czasu niezupełnie miarowa. Tony czyste, ciche. Tętno słabo napięte, fala tętna mała, wysokość fal nierówna. Od czasu do czasu przepuszczanie tętna. Liczba tętna około 60. Parcia krwi nie można było ściśle oznaczyć. Mocz dość ciemny, o ciężarze właściwym 1·033, zawiera sporo moczanów i barwików. Stolec półpłynny, ze śluzem, bez resztek pokarmów. W obrazie krwinek białych wyraźne przesunięcie stosunku na niekorzyść krwinek neutrochłonnych. Naliczono:

Leukocytów neutrochłonnych	52·9%
Limfocytów	29·8%
Wielkich jednojądrzastych	1·3%
Postaci przejściowych	7·8%
Eozynochłonnych leukocytów	6·4%
Zasadochłonnych leukocytów	0·9%
Limfoblastów	0·9%

Przy mierzeniu ciepłoty ciała stwierdzano wielokrotnie bardzo nizką ciepłotę; zazwyczaj wahała się ciepłota w granicach 36°—38° C.

W leczeniu otyłości bolesnej działają według zgodnych podań lekarzy, którzy mieli sposobność spostrzegać przypadki tej choroby, bardzo skutecznie przetwory tarczycy. Zupełnie więc było naturalnem, że i w naszym przypadku zwróciliśmy się do tych przetworów, podając kołaczyki tyroidynowe wyrobu Mercka w ilości 1—4 na dzień. W celu skrzepienia mięśnia sercowego zastosowaliśmy uteraminę, jeden z najnowszych przetworów wyrobu fabryki »La Zyma« w Aigles w Szwajcaryi, zbliżony składem chemicznym, przez obecność jądra tyrozynowego, do nadnerczyny, a działający podobnie, jak nadnerczyna i hipofizyna.

Wynik tego leczenia, trwającego przez dwa tygodnie, był stosunkowo bardzo zadowalniający, jeśli uwzględnimy, że okres jego był bardzo krótki. Wynik ten zaznaczył się przedewszystkiem korzystną zmianą w podmiotowym nastroju chorej. Usposobienie jej stało się weselsze, żywsze, ociężałość zmniejszyła się znacznie, bole, na które się chora przedtem skarżyła, zmalały, mierna duszność, pojawiająca się przedtem po ruchach, ustąpiła zupełnie.

Wśród zmian w zakresie objawów przedmiotowych wymienimy na pierwszem miejscu różnicę w odsetkowym składzie ciałek białych. W dniu, w którym chora opuszczała szpital, naliczono:

Leukocytów neutrochłonnych	65·4%
Limfocytów	26·5%
Postaci przejściowych	5·06%
Wielkich jednojądrzastych	1·00%
Zasadochłonnych	0·20%
Eozynochłonnych	2·13%

Guzy tłuszczowe stały się mniej wrażliwe na ucisk, a nadto, przynajmniej w niektórych okolicach ciała, nieco miększe. Liczba tętna podniosła się do 80 uderzeń w mi

nucie. Tętno było pełniejsze i lepiej napięte, niemiarowość zmniejszyła się bardzo znacznie. Trawienie było zupełnie prawidłowe. Stolec o wejrzeniu i składzie prawidłowym oddawała chora tylko raz na dzień.

Z nastaniem poprawy nalegała chora usilnie, aby ją wypuścić z oddziału i obstawała przy tem mimo wielokrotnych upomnień i namów. Ze wskazówkami leczniczemi i z poleceniem, aby pod nadzorem lekarza domowego używała dalej kołaczyków tyroidynowych, opuściła chora szpital 14 grudnia 1913.

Poświęcimy jeszcze parę uwag krytycznemu rozbiorowi tego spostrzeżenia. Nastręczają do tego sposobność już same wywiady. Z opowiadania chorej wynika, że w rodzinie jej istnieje chorobliwa skłonność do tycia o cechach wybitnie dziedzicznych i że ta dziedziczność rozciąga się już na cztery pokolenia. Na uwagę zasługuje niewątpliwie i ten szczegół, że u chorej przez szereg lat istniała zwykła otyłość, która się dopiero w okresie przekwitania wyrodziła w chorobę Dercuma. Rozwój i rozrost tłuszczaków odbywały się powoli, stopniowo. Guzy tłuszczowe nie ograniczały się bynajmniej do niektórych tylko okolic ciała, lecz rozrosły się niemal po całem ciele, nie oszczędzając nawet okolicy stawów nadgarstkowych i goleni. Bolesność guzów nie była wszędzie jednakowa Z opowiadania chorej wynika, że guzy dawniejsze są mniej wrażliwe na ucisk, aniżeli guzy, które powstały później. Na uwagę zasługuje jeszcze nagromadzenie się guzów w okolicy stawów, gdzie guzy okrążają stawy jakby sznurem korali. Bardzo być może, że taki ich układ jest rzeczą czysto przypadkową. Ale z drugiej znów strony nasuwa się przypuszczenie, że między tem rozmieszczeniem, a zmianami w stawach, przyrody prawdopodobnie podagrycznej, zachodzi jakiś bliższy stosunek. Wikłanie się otyłości z podagrą należy do rzędu bardzo często spotykanych zjawisk.

Obok tych szczegółów, wprost wpadających w oczy, które łącznie z osłabieniem mięśni składają się w zasadzie na obraz choroby Dercuma i stanowią o rozpoznaniu, zasługuje jeszcze na uwagę stan serca i stosunek leukocytów. U chorej istniało osłabienie serca, objawiające się dusznością, powstającą po ruchach i słabem napięciem tętna oraz małem wypełnieniem tętnic. Stałe zwolnienie ruchów serca i pojawiające się od czasu przepuszczanie wymaga wszakże, jak sądzę, innego tłomaczenia. Objawy te pojąćby raczej należało jako następstwa zmniejszonej wrażliwości serca względnie jego nerwowo-mięśniowych połączeń, na działanie fizyologicznych podniet pobudzających, albo, co oznacza w ostatecznym wyniku tesame skutki, jako następstwo zbyt wielkiej wrażliwości wobec wpływów hamujących. Fizyologiczna równowaga była tu w każdym razie naruszona. Świadczyła o tem także i wzmożona pobudliwość naczynioruchowa. Dermografizm i samorodnie powstające zaczerwienienia skóry kończyn zasługują w tym przypadku tembardziej na podniesienie, skoro przyjąć trzeba było, że dopływ krwi tętniczej do części obwodowych ciała nie był zupełnie wystarczający. Między innymi szczegółami przemawiało za tem uczucie ziębnięcia i nizka ciepłota ciała.

Obraz krwi przypominał co do leukocytów wcale dokładnie obrazy, spostrzegane we krwi chorych na obrzęk śluzowaty, na co zwróciłem uwagę jeszcze w r. 1895. Nieprawidłowość zasadzała się na odsetkowym wzroście leukocytów jednojądrzastych i eozynochłonnych, oraz na pojawieniu się t. zw. limfoblastów, nie spotykanych zupełnie w krwi prawidłowej. O ile obecność leukocytów zasadochłonnych i w ilości, sięgającej prawie do 1%, uważać można za zjawisko wprost chorobowe, tego nie mogę stanowczo rozstrzygać. Zaznaczę wszakże, że w zwykłych warunkach spotykamy się z tym rodzajem leukocytów rzadko i że ilość ich odsetkowa wynosi zazwyczaj od 0·24—0·5%. Przypuszczenie, że wzrost liczby tych leukocytów, podobnie jak wzrost liczby leukocytów eozynochłonnych, jest wyrazem pewnego rodzaju podrażnienia, wydaje mi się bardzo prawdopodobne. W każdym razie zjawisko to nie stanowi znamiennej cechy krwi osób chorych na chorobę Dercuma. Spotkać się z niem można i w innych warunkach. Bardzo często spostrzegałem taką względną bazofilię we krwi chorych, którym wstrzykiwaliśmy do żył w celach leczniczych rozczyny neosalwarsanu.

Zmiany w stosunkowym składzie leukocytów we krwi naszej chorej zwracać muszą tem większą uwagę, skoro pod wpływem leczenia kołaczykami z tarczycy nastała tu taka sama poprawa, z jaką się spotykamy w przypadkach obrzęku śluzowatego, leczonych w ten sam sposób.

Podobny obraz krwi, o ile chodzi o odsetkowy stosunek limfocytów, leukocytów, neutrochłonnych i eozynochłonnych, jak w chorobie Dercuma, spotyka się u osób, okazujących znamiona podrażnienia autonomicznego, czyli u t. zw. wagotoników. Szczegół ten nabiera tem większego znaczenia, skoro u naszej chorej istniały objawy, któreby można tłomaczyć podnieceniem w zakresie układu nerwu błędnego.

Wyraźne znamiona hypotonii okazywała czynność serca. Powolny rytm ruchów serca, słabe, zaledwo wyczuwalne uderzenia serca, nader słabe napięcie tętna, małe wypełnienie tętnic, przepuszczanie tętna, którego nie można było tłomaczyć jako skutek pojawiania się skurczów dodatkowych — wszystko to można pojmować jako następstwo hamujących wpływów nerwu błędnego. Wiadomości nasze o roli układu autonomicznego przy nerwowo naczyniowem normowaniu obiegu krwi i o wpływie jego na rozmieszczenie krwi są jeszcze nader skąpe i nie sposób jeszcze zastanawiać się ściśle naukowo nad następstwami podrażnienia nerwu błędnego dla tych spraw. — Ale doświadczenia z truciznami, należącemi do t. zw. grupy muskarynowej, zdają się w każdym razie uprawniać do przypuszczenia, że między układem autonomicznym, a układem naczyniowym zachodzą jakieś bliższe stosunki. Powołać się tu można także na wywody Abela na Zjeździe internistów niemieckich w Wiesbaden w r. 1913. Jeśli poglądy, które wtedy Abel roztoczył, są słuszne, to w każdym razie uważać można nerwowe biegunki u naszej chorej za skutek wygórowanego napięcia w układzie autonomicznym. W rachubę tu wchodzi nietylko przyspieszenie ruchów robaczkowych jelit, ale także, jak to z naciskiem podnosi A Schmidt, obfitsze wydzielanie, raczej przesączanie się treści, ulegającej łatwo gniciu w jelitach. Z naszej strony dodalibyśmy do tego, że niemałe znaczenie ma zwiększone wytwarzanie i wydzielanie śluzu, które w danym razie prowadzić może łącznie z zaburzeniami w ruchach jelit do powstawania kolki śluzowej, a bez tych zaburzeń do t. zw. nerwowych nieżytów śluzowych jelit.

Niezwykłą słabość mięśni i łatwe nużenie się ich

tłomaczyćby można również zaburzeniami w napięciu układu wegetatywnego. Noorden podnosił z pewnym naciskiem, że przy zwykłej otyłości tego rodzaju osłabienia nigdy się nie spotyka. Mimowoli nasuwa się tu przypuszczenie, że przyczynę osłabienia mięśni przypisywaćby można niesprawności układu chromochłonnego.

Na temat zaburzeń wegetatywnych i zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem dałoby się wiele jeszcze powiedzieć, a takie roztrząsania byłyby niewątpliwie bardzo ciekawe ze stanowiska fizyologicznego i klinicznego. Niestety nie powiodło się nam, w części dla braku czasu, głównie zaś z powodu oporu chorej, wykonać całego szeregu doświadczeń klinicznych, potrzebnych niezbędnie dla wszechstronniejszego wniknięcia w tok wielu spraw wegetatywnych. A badania tego rodzaju nadawałyby się bardzo do rozjaśnienia istoty pochodzenia choroby Dercuma.

Badania anatomiczne, rozpoczęte już przez Dercuma, stwierdziły, że w utkaniu gruczołów hormonotwórczych, zwłaszcza w utkaniu tarczycy i przysadki, istnieją w chorobie Dercuma niejednokrotnie bardzo ważne zmiany. Obydwa te gruczoły liczą się do rzędu gruczołów o t. zw. sympatykotropijnych własnościach. Z doświadczeń klinicznych i z badań fizyologicznych wiemy, że gruczoły te wywierają wyraźny wpływ na przemianę materyi. Noorden odróżnia odrębną postać tarczycową otyłości, spostrzeżenia Fröhlicha doprowadziły do odróżnienia osobnej postaci chorobowej, nazwanej »dystrophia adiposogenitalis«. Szczegóły te usprawiedliwiają najzupełniej zapatrywania, które szukają punktów stycznych między otyłością bolesną, a chorobą tarczycy i przysadki. O sprawie bolesności tkanki tłuszczowej nie można jeszcze rozprawiać na podstawach zupełnie ścisłych. W badaniach mikroskopowych skrawków, sporządzonych z guzów tłuszczowych, mamy wszakże pewne szczegóły, które wskazują, że przy powstawaniu tych guzów odgrywa niemałą rolę podrażnienie, które wiedzie do rozrostu tkanki łącznej. O istocie jego nie umiemy nic pewnego powiedzieć. W każdym jednak razie wyrazić wolno przypuszczenie, że chodzić tu może o szkodliwe wytwory przemiany materyi, gromadzące się w skórze w większej ilości i nie ulegające dalszemu fizyologicznemu rozpadowi z powodu niedostatków w czynnościach wegetatywnych.

(Rękopis nadesłano Redakcyi z początkiem r. 1914).

Z kliniki chirurgicznej (dyrektor radca dworu Prof. Dr L. Rydygier) i zakładu anatomii patologicznej (dyrektor Prof. Dr Z. Dmochowski) Uniwersytetu we Lwowie.

O wpływie podwiązywania tętnicy płucnej na płuco i o jego znaczeniu leczniczem.

(Badania doświadczalne)

podał

Dr Tadeusz Ostrowski

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

I.

Sauerbruch i Bruns w swej pierwotnej pracy, zalecającej podwiązywanie gałęzi tętnicy płucnej celem wywołania w płucu bujania tkanki łącznej, podają wyniki badań płuc, robionych w różnych odstępach czasu po wspomnianym zabiegu operacyjnym; badania te, opisane ogólnikowo jako »kontrolujące otwierania klatki piersiowej«, według tych autorów wykazywały, że po podwiązaniu tętnicy płucnej nie tworzy się w płucu zawał; wogóle w miąższu płucnym w dłuższy czas po tym zabiegu (2 tygodnie) żadnych wybitnych zmian, według Sauerbrucha i Brunsa, zauważyć nie można; występują tu tylko wyraźne zmiany na opłucnej, a mianowicie wybitne zrosty opłucne. W późniejszych okresach — po 6—8 tygodniach — zrosty te są bardzo grube, płuco, którego tętnicę podwiązano, jest jakby opancerzone grubą (na kilka mm.) warstwą tkanki włóknistej, przerastającą całą grubość miąższu płucnego, który w tym okresie bywa zupełnie bezpowietrzny. Jaką drogą powstają wspomniane zmiany w płucu, Sauerbruch i Bruns nie rozstrzygają, podają tylko przypuszczenie, że przerwanie dopływu krwi z tętnicy płucnej działa swoiście na nabłonek pęcherzyków płucnych, który w tych warunkach ulega złuszczeniu, analogicznie do tego, jak nabłonek innych narządów ginie wówczas, kiedy jest ograniczony, względnie wykluczony z czynności.

Z powyższem tłómaczeniem zgadza się w zupełności Kawamura, który wykonywał na psach zabieg, podany przez Sauerbrucha i Brunsa, z analogicznymi wynikami ostatecznymi: również i w doświadczeniach Kawamury występowało bardzo wybitne bujanie tkanki łącznej w płucu i dookoła opłucnej, wywołujące »karnifikacyę« płuca; nigdy nie spotykał Kawamura zawałów.

Zdaniem Sauerbrucha i Schumachera dla wywołania zawału krwawego w płucach potrzebny jest jeszcze inny dodatkowy czynnik chorobowy, jak naprzykład w doświadczeniach Küttnera otwarta odma piersiowa, powstająca po podwiązaniu tętnicy płucnej; między innymi powołują się oni na pracę doświadczalną Fujinami, podtrzymującą jakoby ich twierdzenie. Tymczasem w pracy powyższej, ogłoszonej z pracowni Virchowa, znajdujemy odmienne wnioski.

Fujinami pisze: »Der Lungeninfarct ist die Folge einer Cirkulationsstörung der Lungenkapillaren, welche besonders stark in einem gewissen Bezirk eintritt. Diese starke Cirkulationsstörung ist bei vorher gesunden Tieren nur mechanisch durch Emboli erzeugt worden, falls die letzteren eine gewisse Lage hatten und die Verstopfungsweise eine bestimmte war«.

Na innem miejscu zaś znajdujemy, co następuje: »Ueberblickt man die Resultate meiner Experimente, so sieht man sogleich, dass hämorrhagischer Infarkt in den meisten Fällen erzeugt worden ist, und es fällt auf, dass überall da, wo sich ein Herd findet, in der zuführenden Arterie ein Embolus vorhanden ist«; dalej znów: »Nur kommen wir auf unsere Hauptfrage: wie bei den Tieren diese Herde erzeugt worden sind, welche sich im ganzen den menschlichen gleich verhalten. In den tierischen Lungen ist vor der Operation keine besondere Veränderung denkbar, welche man etwa für ein vorbereitendes Adjuvans, das bei den menschlichen Fällen oft erwähnt wird, halten könnte; die sämmtlichen Veränderungen der Lunge sind nichts anderes, als Folgezustände der Embolisierung der Lungenarterie, welche nur dem Grade nach von einander verschieden sind, — von einfacher Stauung verschiedenen Grades in den Lungenkapillaren bis zum ausgeprägten hämorrhagischen Infarkte — aber prinzipiell dieselben Vorgänge. So konnte ich an den gesunden Tieren ohne bakterielle Infektion und ohne chemische Einwirkung, durch blande Emboli hämorrhagischen Infarkt erzeugen, welcher entsteht, wenn eine Cirkulationsstörung in einem gewissen Bezirk der Lungenkapillaren besonders stark eingetreten ist«.

W wybitnej sprzeczności z wywodami Sauerbrucha znajduje się twierdzenie Brunsa, jego współpracownika, który w pracy swej, ogłoszonej w dwa lata później po ogłoszeniu wspomnianej powyżej, pierwotnej pracy, zupełnie stanowczo uzależnia bujanie tkanki łącznej w płucu po podwiązaniu tętnicy płucnej od występowania w tem płucu zawałów krwotocznych i spraw zapalnych (zapalenia zrazikowe odoskrzelowe).

»Ich unterband zusammen mit Sauerbruch bei einer Reihe von Tieren den zur rechten oder linken Lunge ziehenden Hauptast der Lungenarterie. Dabei beobachtete ich ebenfalls eine ausgedehnte, mächtige Bindegewebevermehrung in den vorher gesunden Lungen. Die nachträgliche Schrumpfung derselben führte, nebenbei gesagt, zu einer ganz erheblichen Verkleinerung der betreffenden Lunge. Auch diesmal war das neugebildete Bindegewebe zweifellos entzündlichen Ursprungs. Es waren besonders pleurogene Wucherungen des interlobulären, aber auch herdförmige Neubildungen des interalveolären und peribronchialen Stützgewebes, durch Infarktbildungen und bronchopneumonische Processe bedingt«.

Celem sprawdzenia, które z tych krańcowo różniących się twierdzeń jest słuszne, wykonałem na szeregu psów pewną liczbę doświadczeń, polegających na tem, że podwiązywałem gałęzie tętnicy płucnej, poczem po upływie różnego czasu zwierzęta te zabijałem i badałem płuca sekcyjnie i drobnowidowo.

Operacye wykonywałem w uśpieniu eterowem, po podaniu podskórnem morfiny, zwykle 0·01 na kg. wagi psa, na pół godziny przed rozpoczęciem uśpienia. Po uśpieniu psa wprowadzałem do tchawicy cewnik jedwabny, który był połączony z improwizowanym doraźnie przyrządem do insuflacyi Auer-Meltzerowskiej: bomba z tlenem, połączona rurką, przechodzącą przez ciepłą wodę, przez co gaz się ociepla i nawadnia, z cewnikiem, wprowadzonym do tchawicy; regulując wentyl przy bombie z tlenem, możemy dowolnie podnosić ciśnienie wdmuchiwanego do tchawicy tlenu i temsamem mniej lub więcej rozdymać płuca. Od chwili wprowadzenia cewnika do tchawicy podawanie eteru bywało zbyteczne; dalszy zabieg trwał zwykle tak krótko, że pierwotne uśpienie było wystarczające. Psa umocowywano na stole operacyjnym w położeniu, zaleconem przez Elsberga, t. j. na brzuchu, celem napięcia śródpiersia; dzięki temu unikaliśmy objawu »falowania śródpiersia« (Flattern) przy ostrej otwartej odmie. Położenie to przy otwieraniu klatki piersiowej u psów ma zaletę i z tego względu, że u tych zwierząt przegroda pomiędzy obydwiema jamami opłucnemi bardzo często jest niezupełna, a mianowicie w śródpiersiu przedniem często bywa otwór, łączący obydwie jamy. Przy ułożeniu psa na brzuch, serce obniża się i zatyka poniekąd ten otwór. Operacye wykonywałem zawsze po stronie lewej: cięciem płatowem (płat skórnomięśniowy z podstawą nad IV żebrem) odsłaniałem V międzyżebrze, które nacinałem na długości 5—7 cm., zależnie od wielkości psa. Rozwieraczem do szczęk O'Dwyera rozsuwałem żebra, przyczem w głębi jamy opłucnej na wprost naszego otworu ukazywał się zapadnięty dolny płat płuca wraz z wchodzącemi do niego naczyniami krwionośnemi i oskrzelem. W niektórych przypadkach wyciągałem dolny płat z klatki piersiowej na zewnątrz.

W jednym przypadku, kiedy po otwarciu jamy opłucnej wystąpiły zaburzenia w oddychaniu, zabieg ten oddał nam znakomite usługi. Wiemy z doświadczeń Delageniera, Murphyego i innych, że tym rękoczynem możemy usunąć łatwo groźne objawy falowania śródpiersia, występujące z chwilą ostrej odmy otwartej. We wspomnianym naszym przypadku pies operowany leżał wyjątkowo na boku prawym, przez co objaw falowania śródpiersia łatwo mógł wystąpić. W większości przypadków płuca nie wyciągano na zewnątrz klatki piersiowej, tylko odsunąwszy dolny płat nieco ku przeponie, podprowadzano igłą Deschampsa nitkę katgutową pod tętnicę; po podwójnem jej podwiązaniu pomiędzy podwiązkami tętnicę zawsze przecinano. Teraz puszczano silniejszy strumień tlenu z bomby, przez co płuco rozdymało się i wypełniało w zupełności jamę opłucną, wyciskając z niej powietrze; w tej chwili zakładano kilka szwów (4—6) węzełkowych z grubego katgutu, chwytających brzegi rany wraz z sąsiedniemi żebrami (perikostale Naht). Tym sposobem otwór w międzyżebrzu ulegał szczelnemu zamknięciu i wobec rozdęcia płuca w tym momencie zapobiegano dalszemu trwaniu odmy piersiowej zamkniętej. Przez zeszycie warstwowe mięśni i skóry, przeciętych płatowo, pokrywano szczelnie linię szwów, założonych na otwór w międzyżebrzu, drążący do klatki piersiowej. Linie szwów na skórze pokrywano kollodium. Cały zabieg trwał 10—12 minut. Po operacyi zwierzęta bardzo szybko odzyskiwały przytomność, pozostawiano je w ciepłem pomieszczeniu, jak również i operacye wykonywano w sali dobrze ogrzanej, wiemy bowiem dobrze, jak zgubnie wpływa na krążenie w płucach oziębianie jamy opłucnej (Lohman i Müller).

Poniżej podaję protokoły mych doświadczeń, przytem dodać muszę, że są to przypadki typowe, gdzie zmiany mogły zależeć tylko od podwiązania gałęzi tętnicy płucnej; inne czynniki, działające jako »adjuvans« w tłomaczeniu Sauerbrucha, są tu wykluczone.

I. Doświadczenie.

Pies wagi 13½ kg., po wstrzyknięciu 0·08 gr. morfiny uśpiony chloroformem. Po ułożeniu na boku prawym cięciem płatowem z szeroką podstawą w okolicy IV żebra odsłonięto okolicę lewego V. międzyżebrza na długości 8 cm., gdzie nacięto opłucną ścienną na długości 4 cm. Po powstaniu odmy pies wykonuje gwałtowne ruchy oddechowe. Dolny płat płuca lewego chwycono i wyciągnięto przez ranę w opłucnej na zewnątrz; po tym rękoczynie ruchy oddechowe psa uspokoiły się. Założono podwiązkę na gałąź tętnicy płucnej, dochodzącą do dolnego płatu płuca lewego. Płuco zapuszczono do jamy opłucnej. Przez wprowadzony do tchawicy cewnik Nelatona Nr 19 wydęto płuco do tego stopnia, że jama klatki piersiowej wypełniła się wydętemi płucami: wówczas ranę opłucną zaszyto, zakładając 4 szwy węzełkowe, chwytające żebra, leżące z obu stron rany. Następnie szwem węzełkowym zaszyto ranę w mięśniach klatki piersiowej, przyczem płat mięśniowy znakomicie pokrywał i uszczelniał ranę, drążącą do klatki piersiowej, poczem założono szew na płat skórny. Czas trwania rozdymania płuca dla usunięcia odmy piersiowej wynosił około 1 minuty; przez ten czas pies ruchów oddechowych nie wykonywał i klatka piersiowa była ustalona w pozycyi pośredniej pomiędzy wdechem a wydechem, płuco jednak było wydęte. Po przerwaniu tego sztucznego wydymania płuca pies ruchów oddechowych nie wykonywał przez czas około 2 minut. Zastosowano sztuczne oddychanie na wzór metody Schüllera; przy słabnącem tętnie po upływie 5 minut pies zginął.

Sekcya: W lewej połowie klatki piersiowej nieznaczna odma opłucna. Dolny płat lewy nieco bledszy, aniżeli płaty pozostałe: innych zmian stwierdzić nie można. Płuco prawe bez zmian.

Badanie drobnowidowe skrawków.

a) Płuco z tętnicą niepodwiązaną ma przekrwione naczynia drobniutkie i włosowate przegród międzyzrazikowych, w mniejszym stopniu przegród międzypęcherzykowych. W dużych naczyniach tętniczych skąpa krew, w żyłach znajduje się jej więcej. Pęcherzyki płucne, wysłane wcale dobrze utrzymanym nabłonkiem, prawie wszędzie są próżne, zaledwie gdzieniegdzie widoczne są w nich bardzo nieliczne, po jednem lub po kilka, ciałka czerwone. — Oskrzela zmian widocznych nie okazują, nabłonki ich dobrze utrzymane.

b) Płuco z tętnicą podwiązaną ma w dużych naczyniach o charakterze żył obfitą krew, natomiast w porównaniu z płucem poprzedniem jest jej znacznie mniej w naczyniach włosowatych, które też na ogół nie są tak porozszerzane, jak w tamtem płucu. Nabłonki są dobrze utrzymane, w świetle pęcherzyków nie spotykamy żadnej treści, w niektórych miejscach części pęcherzyków okazują znaczniejsze rozdęcie, przegródki zaś powyciąganie i ścieńczenie.

Résumé: Niewielkiego stopnia przekrwienie naczyń włosowatych w płucu o niepodwiązanej tętnicy; obfitsza krew w dużych naczyniach płuca, natomiast skąpa jej ilość w naczyniach włosowatych w płucu z tętnicą podwiązaną.

II. Doświadczenie.

Pies wagi 24 kg., po wstrzyknięciu 0·15 morfiny uśpiony eterem w ułożeniu Elsberga; wprowadzono do tchawicy cewnik półtwardy Nr 28, połączony z bombą z tlenem. Wykonano typowe podwiązanie tętnicy dolnego płatu płuca lewego płuca; w czasie zabiegu nie wyciągano płuca na zewnątrz klatki piersiowej. Po wydęciu płuc przez silniejszy strumień tlenu, ranę opłucnej

szczelnie zaszyto szwem okołożebrowym, następnie założono szew dwupiętrowy na mięśnie i skórę. Opatrunek kolodionowy. Operacya trwała 12 minut. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy: pies zniósł operacyę dobrze, w pół godziny po operacyi nieco osłabiony, chodzi i przyjmuje pokarmy. Osłabienie utrzymuje się przez dwa dni, poczem pies weselszy, biega. Szybkość oddechu 30 na min., przy bieganiu dochodzi do 48 na min. Rana goi się doraźnie. Po 2 dniach, względnie 58 godzinach psa zabito chloroformem.

Sekcya: Płuco prawe i jama opłucna prawa bez zmian. W jamie opłucnej lewej około 30 cm. płynu krwawo zabarwionego. Płuca pozlepiane złogami włóknikowymi z opłucną ścienną i przeponą. Górny płat poza tymi złogami włóknikowymi makroskopowo zmian nie wykazuje. Płat dolny wybitnie przekrwiony, sino-czerwonej barwy, zbitości zwiększonej, bardzo słabo powietrzny.

Badanie drobnowidowe:

a) W płucu prawem (tętnica niepodwiązana) uderza bardzo znaczne przekrwienie, w pierwszym rzędzie naczyń włosowatych, a dalej dużych tętnic, jak i żył. Wszystkie te naczynia są znacznie porozszerzane, przegródki międzypęcherzykowe są wskutek tego zgrubiałe i kiełbaskowato pokręcone, podobnie, jak w przekrwieniach żylnych płuc. Światło pęcherzyków płucnych w niektórych miejscach jest też wskutek tego zmniejszone, w innych miejscach spotykamy poprzerywane przegrody międzypęcherzykowe i zlewanie się pęcherzyków w pęcherze większe. Nabłonki naogół są dość dobrze utrzymane, zaledwo gdzieniegdzie złuszczają się: w świetle pęcherzyków, głównie pod opłucną usadowionych, rzadziej w pęcherzykach głębszych, spotyka się ciałka czerwone krwi, niejednokrotnie większe wylewy. Oskrzela wysłane dobrze utrzymanym nabłonkiem. Opłucna nieco rozpulchniona, śródbłonki jej w wielu miejscach ulegają złuszczeniu.

b) Płuco lewe, tętnica nie podwiązana. Na opłucnej znajduje się wysięk włóknikowy pod postacią błony wrzekomej, zbudowanej z grubych belek szklistego włóknika, wśród którego rozrzucone ciałka białe; śródbłonka opłucnej prawie wszędzie brak; gdzieniegdzie tylko jest zachowany. Opłucna obrzękła, rozpulchniona. Pęcherzyki płucne podopłucne wypełnione są siatką włóknika, pod względem zbitości i ilości dość rozmaicie się zachowującą; wśród niej obficie złuszczone, przeważnie napęczniałe nabłonki i ciałka białe. W pęcherzykach głębiej położonych znajdują się (wprawdzie nie we wszystkich, ale w wielu) ciałka czerwone, niejednokrotnie w zbitych masach ułożone; pęcherzyki takie spotyka się w całem płucu niezależnie od odległości pęcherzyka od opłucnej. Naczynia większe przekrwione, również naczynia włosowate. Nadto w niektórych pęcherzykach znajdują się nieliczne złuszczone nabłonki, niektóre z nich wykazują wakuolizacyę. Nabłonki oskrzeli rozpulchnione, częściowo oddzielają się od siebie, okazują zatem dążność do złuszczania się, nawet w niektórych miejscach odpadają płatkami.

c) Płuco lewe, tętnica podwiązana. Opłucna pozbawiona w wielu miejscach śródbłonka, słabo ukrwiona, przegrody międzypęcherzykowe pęcherzyków podopłucnych ścieńczałe, niejednostajnie ukrwione, gdzieniegdzie nawet przekrwione. Pęcherzyki płucne pozapadane, o świetle przeważnie zwężonem, wyściółka ich nabłonkowa w wielu miejscach się łuszczy lub brak jej zupełnie; tkanka przegródek barwi się blado. Naczynia duże, położone nieco głębiej pod opłucną, przekrwione. W głębi budowa płuc w wysokim stopniu zatarta, zaledwie gdzieniegdzie utrzymane kontury przegród międzypęcherzykowych, a między niemi światła pęcherzyków, wypełnione bądź to krwią, bądź to złuszczonymi nabłonkami, bądź też bezpostaciowemi blademi masami. W miejscach zupełnego zatarcia budowy pęcherzykowej tkanka przegródek zmartwiała, a w miejscu pęcherzyków spotykamy się z ciałkami, odpowiadającemi ciałkom białym jednojądrzastym i wielojądrzastym, rozrzuconym ciałkom czerwonym; gdzieniegdzie zaś znajdują się masy jednostajne blado-różowe, odpowiadające płynowi surowiczemu, wypełniającemu światła pęcherzyków i wśród tych mas naczynia wypełnione krwią. W świetle oskrzeli obfite, całemi masami leżące, pozłuszczane nabłonki pojedynczo lub w płatkach, często krew.

Résumé: W płucu prawem, o niepodwiązanej tętnicy, silne przekrwienie tak w dużych, jak i włosowatych naczyniach, gdzieniegdzie nieznaczne wylewy krwi do światła pęcherzyków, głównie podopłucnych. W płucu lewem, w części o tętnicy niepodwiązanej, zapalenie włóknikowe opłucnej, oraz zapalenie części podopłucnej płuc. Przekrwienie silne naczyń z rozrzuconymi wylewami krwi do pęcherzyków płucnych, w różnym stopniu, złuszczenie nabłonków miernego stopnia. W płucu lewem, w części o tętnicy podwiązanej, słabe ukrwienie, najwidoczniejsze pod opłucną, w miarę posuwania się w głąb płuca martwica przegród międzypęcherzykowych, brak nabłonków. W oskrzelach złuszczenie nabłonków.

III. Doświadczenie:

Pies wagi 8 kl., po wstrzyknięciu 0,06 gr. morfiny uśpiony eterem. W ułożeniu Elsberga wykonano zabieg zupełnie analogiczny do opisu Nr 2. Przy podwiązywaniu gałązki tętnicy płucnej lewego płatu dolnego stwierdzono, że piąte międzyżebrze leży za nizko, że łatwiejszy dostęp do pola operacyi będzie w IV międzyżebrzu; długość cięcia na opłucnej 4 cm. jest zupełnie wystarczająca. Operacyi towarzyszyły objawy, wspomniane w opisie Nr 2. Czas trwania operacyi 11 min. Ilość zużytego eteru około 25 cm. Pies zbudził się szybko, już w czasie zakładania szwów skórnych. Po operacyi odrazu biega swobodnie, nieco zataczając się; znaczny ślinotok. Typ oddychania prawidłowy, 30 na minutę. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Pies nieco kaszle, zwłaszcza po żywszych ruchach. Po upływie 5 dni psa zabito.

Sekcya: Opłucna prawa bez zmian, jak również płuco prawe: w opłucnej lewej nieco wolnego płynu przeźroczystego o krwawem zabarwieniu. Płat dolny, którego gałązkę tętnicy płucnej podwiązano, znacznie powiększony, barwy sino-czerwonej, zbitości wybitnie wzmożonej; opłucna na dolnej powierzchni, zwróconej ku przeponie, pokryta wysepkowatymi złogami włóknikowymi, sklejającymi płat z przeponą, na pozostałej przestrzeni opłucna lekko przyćmiona. Wszystkie płaty płuc przy otwarciu opłucnej prawej, jak i lewej, zapadły się, z wyjątkiem dolnego płatu lewego, który skurczył się bardzo słabo; płat ten słabo powietrzny, na przekroju wyciska się z niego płyn krwawy, z małą domieszką piany, przy bardzo słabem trzeszczeniu.

Badanie drobnowidowe:

a) Płat górny płuca lewego (tętnica niepodwiązana).

Na opłucnej śródbłonki są przeważnie napęczniałe, z ziarnistą ściemniałą protoplazmą; w wielu miejscach odrywają się, lub uległy zupełnemu złuszczeniu. Naczynia w miąższu płucnym pod opłucną są silnie przekrwione, a nawet spotykamy wylewy krwawe do pęcherzyków płucnych: w miejscach tych przegródki międzypęcherzykowe są w wysokim stopniu ścieńczałe. W częściach głębiej położonych, więcej od opłucnej oddalonych, również jest silne nastrzykanie naczyń włosowatych i większych, tak tętniczych, jak i żylnych, bez charakteru jednak skrzepowego. — W tych centralnych częściach tego płuca znajdujemy nieliczne wylewy krwi do światła pęcherzyków, w niektórych miejscach pęcherzyki są pozapadane, puste lub wypełnione złuszczonymi nabłonkami. Oskrzela są drożne, często o szerokiem świetle, wysłane dobrze utrzymanym nabłonkiem, w niektórych jednak miejscach nabłonek poodpadał, wykazuje też nieraz wakuolizacyę. Warstwa mięsna i chrząstki oskrzeli zmian widocznych nie okazują.

b) Płat dolny płuca lewego (tętnica podwiązana).

Na opłucnej złogi włóknika; opłucna przeważnie pozbawiona śródbłonka; wśród złogów grubobeleczkowego włóknika, zwłaszcza na jego powierzchni, znajdują się nagromadzenia ciałek białych, jednojądrzastych i wielojądrzastych. Naczynia krwionośne porozszerzane i przekrwione, miejscami opłucna wprost jednostajnie naciekła krwią, lub też pod opłucną spotyka się rozległe wylewy krwawe, z zupełnem zniszczeniem miąższu płucnego. W innych miejscach pod opłucną prócz silnego nastrzykania naczyń znajduje się między niemi tkanka nieco obrzękła i dość obficie komórkowa, składająca się przeważnie z komórek wydłużonych, wrzecionowatych, o charakterze fibroblastów, prócz tego porozrzucane ciałka białe wielojądrzaste. Istota międzykomórkowa jest delikatnie włókienkowa, obrzękła, a wśród niej gdzieniegdzie wolno leżące, rozpadające się i utrzymane ciałka czerwone. Utkanie płuca jest prawie całkowicie zniesione, trudno dopatrzeć się przegród i samych pęcherzyków; w miejscu ich, prócz rozległych wylewów krwawych, znajdują się rozległe części obumarłe. W innych miejscach znów w miejscu miąższu spotykamy bardzo obfite nacieki ciałek białych, przeważnie wielojądrzastych. Naczynia krwionośne, o ile są widoczne i utrzymane, wypełnione są krwią częściowo skrzepłą, lub wprost skrzepami białymi lub mieszanymi, a zawsze porozszerzane. — Oskrzela, o dobrze utrzymanym nabłonku i dalszych warstwach, szerokie, wypełnione są przeważnie treścią jednostajną, silnie barwiącą się eozyną, wśród której ciałka czerwone utrzymane lub rozpadłe i liczne ciałka białe, przeważnie wielojądrzaste

Tkanka łączna okołooskrzelowa i koło większych naczyń silnie naciekła krwią, wykazuje obrzęk.

Résumé: W płucu z tętnicą podwiązaną, włóknikowe zapalenie opłucnej, z naciekami drobno-komórkowymi w opłucnej i rozległymi wylewami krwawymi. Pod opłucną silnie rozwinięta, obficie komórkowa tkanka z naciekami drobnokomórkowymi i komórkami włóknotwórczemi.

W częściach głębszych rozległa martwica, z zupełnie zatartem utkaniem płuc i wylewami krwawymi. Tkanka łączna koło dużych naczyń i oskrzeli utrzymana, naciekła często drobnokomórkowo.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiewiórowe zwężenie czasowe

(retrecissement temporaire).

podał

Dr. Karol Poliwka (Stanisławów).

Lękliwi i troskliwi o swą przyszłość chorzy, świadomi ciężkości wiewióra, nieraz zadają pytanie lekarzowi, czy choroba długo potrwa i czy nie pozostawi następstw. Odpowiedź na to niezawsze jest możliwa, choć bardzo pożądana tak dla chorego, jak i dla lekarza. Ileż razy uchronilibyśmy się od niesłusznych wyrzutów złego leczenia lub t. zw. »przedłużania«, ileż razy uchronilibyśmy chorego od powikłań, mogąc mu powiedzieć odrazu, że choroba ma skłonność do powikłań i przeciągania się. W szeregu jednak przypadków wiewióra o jednakowem nasileniu zapalenia i przy jednakowem stosowaniu środków leczniczych nietrudno stwierdzić ciekawy fakt szybkiego przebiegu u jednych chorych, a długiego trwania choroby z powikłaniami u drugich. Odsetek wyleczenia wiewióra do 6 tygodni oceniam według mojego doświadczenia na 70%, a reszta chorych tuła się po lekarzach, ciągle to się lecząc, to zaprzestając leczenia i szerząc zdanie, że wiewiór jest chorobą upartą, nieuleczalną. Tajemnica tej uporności wiewióra oprócz przytaczanych często przyczyn, jak: jadowitości zarazka, małej odporności ustroju i t. d., leży głównie w budowie cewki. Cewka moczowa zasiana jest u jednych więcej, u drugich mniej gruczołkami Littrégo i zatokami Morgagniego. Zatoki są tylko w zwisającej części cewki (pars pendula), i to w przedniej stronie cewki, t. j. przykrytej ciałami jamistemi, gruczoły Morgagniego są rozsiane nierównomiernie wzdłuż całej cewki. Jedne z tych gruczołów są płytkie, małe, drugie sięgają korkociągowato aż do warstwy mięsnej cewki. Ujście ich jest zawsze małe, wązkie, w stanie prawidłowym przedstawiające się w uretroskopie jak otworek po ukłuciu szpilki. Zajęcie zapalne tych gruczołów odgrywać musi bardzo ważną rolę w leczeniu z następujących powodów:

1) Gruczoły te chronią dwoinki przed działaniem środków leczniczych. Płyny lecznicze wskutek wązkości ujścia nie mogą dostać się do światła gruczołu. Próbowałem rozczynów alkoholowych 50%; nie wiodło to do celu, rozczyny te zbytnio bowiem drażnią.

2) Zajęcie zapalne gruczołów wiedzie z początku do czasowych zwężeń cewki w tem miejscu, gdzie cewka jest najwęższa, t. j. w części jamistej. Przypomnę, że kaliber tej części cewki wynosi 30° skali Charriera, w części błoniastej 35°; w części opuszkowej i krokowej cewka jest najszersza, 45°. Łatwo pojąć, że kanał o średnicy 1 cm. (30° Charriera = 1 cm.) wskutek obrzęku zapalnego, zwłaszcza w otoczeniu gruczołu, może się zwęzić nawet do połowy. Istnienie takiego zwężenia przy obecności bakteryi w cewce musi mieć wielkie znaczenie w szerzeniu choroby na tylne części cewki, zwłaszcza co do bakteryi, nie mających własnych czynnych ruchów, (jak właśnie dwoinki wiewiórowe).

W przeciwieństwie do dobrze znanych stałych zwężeń pozapalnych, na te zwężenia zapalne nie zwracano dotychczas należytej uwagi ze względu na przeciwwskazane badanie jakiemkolwiek narzędziem w okresie ostrego zapalenia.

Zwężenia te badałem ostrożnie po odpowiedniem przygotowaniu, a mianowicie: Po jednorazowem dziennie przepłukaniu w ciągu 2—5 dni wprowadzałem zgłębnik Beniqué, obmacując cewkę tak, jak uczy Motz, a następnie mierzyłem kaliber cewki zgłębnikiem gałkowatym (bougie à boule) Guyona. Obmacywanie wykazuje w wielu przypadkach (do 30%) nacieki od wielkości prosa do wielkości soczewicy lub jednostajne zgrubienie cewki, zgłębnik zaś zwężenie od 2—5 stopni skali Charriera. Badanie jest zwykle bardzo bolesne.

Prócz objawów przedmiotowych są często objawy podmiotowe. Chory skarży się w miejscu ucisku gruczołów na stałe bóle i pieczenie i pewnego rodzaju zawadzanie.

O wpływie szkodliwym tych zwężeń wnosiłem z początku z przypadków, zgłaszających się do mnie już z powikłaniami, i z wywiadów, bardzo charakterystycznych dla nagłego pogarszania i rozszerzania się choroby, a następnie ze spostrzeżeń w przebiegu leczenia chorych od początku ich choroby. Przytaczanie historyi tych przypadków uważam za zbyteczne.

Jakie powinno być zachowanie się lekarza wobec tych zwężeń zapalnych? Bardzo proste. Przedewszystkiem należy uprzedzić chorego co do możliwych powikłań i długości trwania choroby. Leczenie najlepsze jest mojem zdaniem następujące: 1) Leżenie w łóżku lub ograniczenie pracy zawodowej, ile tylko można. 2) Wzmożenie oddawania moczu. Chory powinien oddawać mocz co $2^1/_2$ godziny, starać się nigdy moczu nie zatrzymywać przy najmniejszem parciu. Po moczeniu wypróżnić cewkę lekkim uciskiem od tyłu ku przodowi 3) Zażywanie środków odkażających, a w razie bólów środki balsamiczne. — Leczenie miejscowe doraźne zwykle jest szkodliwe lub bez skutku. Po 2-tygodniowem przeczekaniu przemywanie cewkowo-pęcherzowe Janeta jest bardzo skuteczne. Leczenie miejscowe bardzo słabymi rozczynami można stosować, jeżeli zwężenie nie znajduje się blizko końca cewki. Nacieki wyciskam na zgłębniku Beniqué w 4—5. tygodniu choroby przy zupełnej czystości moczu

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 31 marca 1914 r.

1) F. Malinowski przedstawił przypadek **znamienia naczyniowego skóry** (naevus vasculosus), obejmującego prawie całą lewą połowę głowy, **leczony radem** z wynikiem bardzo dodatnim.

2) J. Wiśniewski przedstawił przypadek **szankra twardego na wardze** dolnej ust.

3) E. Lewenstern przedstawił przypadek **mięsaka barwikowego** (melanosarcoma).

4) F. Malinowski: **O grzybicach skóry.** Prelegent zbadał w ciągu 5 lat 165 przypadków cierpień skórnych o charakterze przeważnie wypryskowym, które już ze względu na swój obraz i ostre ograniczenie, niezmierną uporczywość, nasuwały podejrzenie w kierunku pochodzenia pasorzytowego. W 53 przypadkach badanie bakteryologiczne dało wynik dodatni. W siedmiu przypadkach

wykryto achorion Schönleini, w 18 — trichophyton tonsurans, w 12 oidium immitis, w 3 — blastomycetes, w — 6 sporotrichum Beurmanna, w 3 — sporotrichum Gougerota, w 1 aspergillus fumigatus, aspergillus niger, mucor mucedo i dispora, oraz wielokrotnie różnorodne pleśnie z grupy penicillium Grzybki, powyżej wymienione, w znacznej części były uważane dotychczas za chorobotwórcze, inne zaś jedynie za saprofity. Niektóre spotykano bardzo rzadko w zmianach skóry, aczkolwiek często się zdarzają się w naturze. Jaką rolę znalezione grzybki odgrywały w cierpieniach skóry, nie może prelegent kategorycznie powiedzieć. W wielu razach ze względu na stałe spotykanie, i to w głębszych warstwach naskórka, jednego i tego samego pasorzyta w tym samym przypadku możnaby przypuścić, iż miał on znaczenie chorobotwórcze, być jednak może, iż tylko podsycał cierpienie, wywołane przez inną przyczynę, a nawet w poszczególnych razach znalazł się przypadkowo. Ze względu na materyał ambulatoryjnyjny, a więc przypadkowy i niestały, nie mógł prelegent stosować odczynów biologicznych, któreby rzuciły więcej światła na tę sprawę.

5) W. Męczkowski: **O rozpoznawaniu i leczeniu chirurgicznem krwotoków wewnątrzczaszkowych.** Prelegent rozpatruje wszelkie wylewy do jamy czaszkowej: samoistne, urazowe, z wyłączeniem ran postrzałowych i otwartych złamań czaszki. Pod względem klinicznym krwotok posiada pewną samoistność, t. j. w większości przypadków można orzec, że w danym razie zaszedł w jamie czaszkowej wylew. Po rozpatrzeniu następstw fizyologicznych krwotoków wewnątrzczaszkowych, dzieli je prelegent na oponowe i wewnątrzmózgowe. Podziału wylewów oponowych na podoponowe i nadoponowe oraz podpajęczynówkowe nie można wyodrębnić w klinice. Ze względów leczniczych przedewszystkiem ważne jest ścisłe rozpoznanie i określenie miejsca krwotoku. W tym celu niezbędne będzie uwzględnienie czynników, wywołujących wylewy oponowe i wewnątrzczaszkowe. Uwzględniając czynnik etyologiczny, fizyologiczne następstwa krwotoku, polegające głównie na wystąpieniu nagłego wzmożenia ciśnienia i ostrego ucisku mózgu, a wreszcie objawy ogniskowe, zależne od miejsca wylewu, w większości przypadków można wylew odróżnić od licznego szeregu innych cierpień mózgu i wogóle ustalić fakt krwotoku wewnątrz czaszki. Następnie również w większości przypadków można ustalić, czy krwotok jest oponowy, czy też wewnątrzoponowy. Natomiast rzadko tylko można odróżnić klinicznie krwotok nadoponowy od podoponowego. W wylewach oponowych zabieg chirurgiczny (trepanacya): 1) usuwa odłamy kostne, uciskające korę, 2) usuwa wylewy krwawe nad oponą lub pod nią, 3) tamuje dalszy krwotok przez podwiązanie naczynia, 4) zmniejsza ciśnienie. Najważniejszem wskazaniem do zabiegu są objawy podrażnienia. Inne objawy ogniskowe mniejsze mają znaczenie, gdyż mogą zależeć od drobnego krwawienia, którego chirurg nie może opanować, a w którym może nastąpić samorodne wyleczenie. Jeżeli zaś objawy ogniskowe zależą od większego krwotoku, to wcześniej, czy później wystąpią objawy podrażnienia i nastąpi chwila odpowiednia dla zabiegu. W krwotokach wewnątrzoponowych, w udarze, rzecz się ma inaczej; tutaj materyał kliniczny do zabiegu chirurgicznego jest ubogi, a wniosków ogólnych tymczasem wyprowadzić jeszcze nie można. W ciężkich przypadkach udaru, kiedy nie mamy nadziei, by się wylew wessał, przez zabieg możnaby usunąć wylaną krew, zapobiedz zniszczeniu tkanki otaczającej i ciężkim następstwom wylewu. Wyniki prób dotychczasowych w każdym razie nie mogą zniechęcać. Zejście śmiertelne w większości przypadków zależało od wtórnych powikłań (zapaleń płuc). Niebezpieczeństwa zabiegu nie są większe, niż przy operacyach w innych sprawach mózgowych. Ponieważ w okresie prób trudno mówić o określonych wskazaniach, przeto najprzód byłoby właściwiej przedstawić przeciwwskazania. Do tych należą: 1) lekkie przypadki udaru, w których można oczekiwać samowyleczenia, 2) przypadki, w których wylew nastąpił w okolicach niedostępnych dla chirurga: w szypułce, moście, rdzeniu przedłużonym, 3) ciężkie przypadki wylewu do komór, 4) liczne ogniska krwotoczne. 5) przypadki, w których krwotok powstał na tle cierpienia, wywołującego ogólny ciężki stan chorego (cierpienia nerek i serca). Co się tyczy wskazań, to w dotychczasowych próbach upatrywano je w przypadkach udaru z porażeniem połowiczem, gdzie niema wylewu do komor i gdzie jest śpiączka bez skłonności do poprawy, powtóre zaś w przypadkach wylewu w tkance podkorowej. Oprócz trepanacyi i bezpośredniego przedostania się do ogniska krwotocznego, należałoby mieć na względzie nakłucie komorowe Neisser-Pollacka, zabieg o wiele niewinniejszy, który może mieć ważne znaczenie nietylko rozpoznawcze, ale i lecznicze. Obecnie, nie przesądzając sprawy, możnaby powiedzieć, że metoda stosowania zabiegów chirurgicznych w krwotokach wewnątrzmózgowych zasługuje na podjęcie prób w celu zdobycia doświadczenia i możności czynienia wniosków ogólnych.

Posiedzenie kliniczne z d. 7 kwietnia 1914 r.

1) Sławiński Z.: **O rozpoznawaniu i leczeniu chirurgicznem krwotoków wewnątrzczaszkowych.** Prelegent rozpatrzył wskazania operacyjne w krwotokach mózgowych i podoponowych u noworodków, pomijając wylewy urazowe u dorosłych. Wylewy podoponowe stanowić mogą u noworodków podłoże takich cierpień, jak padaczka, porażenia kurczowe, niedołęstwo umysłowe, poza tem w $^1/_3$ przypadków są przyczyną zamartwicy porodowej. Źródłem krwotoku są zazwyczaj pewne dopływy żylne zatoki podłużnej, pękające wskutek przesuwania się wzajemnego kości ciemieniowych podczas porodu. Wylew powstaje wówczas na półkulach. Pękać mogą i inne żyły, zwłaszcza przebiegające w namiocie móżdżkowym, i wtedy krwiak zbiera się dookoła móżdżku, opuszki i na podstawie. Wynika stąd podział na wylewy podnamiotowe i nadnamiotowe (albo podstawy i półkul). Nowsze zestawienia sekcyjne wykrywają wylewy w 12% wszystkich sekcyi noworodków. W wylewach nadnamiotowych przeważają objawy padaczkowe, w podnamiotowych — opuszkowe i rdzeniowe; objawy padaczkowe powstawać mogą w kilka godzin, a nawet w kilka dni po urodzeniu. S. przytacza z literatury opisy kilku operowanych przypadków: śmiertelność przekracza jeszcze 50%; w spostrzeganym przez S. przypadku śmierć nastąpiła przed zgodą rodziców na operacyę. Nakłucie rdzeniowe dostarcza cennych danych rozpoznawczych i ma nawet wartość leczniczą w wylewach podoponowych i w krwiakach półkuli, nakłucie ciemiączek nie zapewnia opróżnienia krwi skrzepłej, ani jej nie wykrywa i dlatego zalecana jest przeważnie w tych razach trepanacya na brzegu ciemiączka. — Następnie S. przedstawił i uzasadnił próby leczenia operacyjnego udaru mózgowego. Wylew krwi do mózgu jest w tej sprawie zjawiskiem, zależnem od schorzenia naczyń krwionośnych, pękających od nieznacznego nawet wzmożenia ciśnienia krwi Źródło krwotoku uważać można za ustalone anatomicznie i topograficznie; krwiak jest zwykłe pojedynczy, wyraźnie ograniczony i umiejscowiony. Przypuszczać wolno, że tkanka mózgowa nie zostaje zniszczona przez sam wylew, lecz raczej ulega zanikowi wskutek ucisku krwiaka, krwiak wywołuje odczynowe zwiększenie płynu mózgowego, oraz obrzęk mózgu; tym zjawiskom następczym, więcej niż uciskowi samego krwiaka, przypisać należy wzmożenie ciśnienia. Dotychczasowe próby leczenia operacyjnego udaru mózgowego, którym dał początek, jak się zdaje, Cushing, polegały na usunięciu krwiaków przez trepanacyę. Po usunięciu opony twardej wprowadzano igłę tępą w kierunku torebki wewnętrznej poprzez wierzchołek jednego z zakrętów mózgowych; po natrafieniu na skrzep rozszerzano drogę na tępo, a skrzep wylewał się sam przez się. Najtrudniejszą część zabiegu stanowi opanowanie wzmo-

żonego ciśnienia i napięcia mózgu; ułatwia to sposób trepanacyi Cushinga pod usuniętym tylko mięśniem skroniowym. Operowani w ten sposób trzej chorzy zmarli wskutek powikłań płucnych, czwarty wyzdrowiał; w piśmiennictwie istnieją nadto dwa opisy zabiegu z zejściem pomyślnem w istotnym udarze mózgowym. S. przytacza inne opisy wylewów urazowych, błędnie za samorodne podanych. Metoda operacyjna nie jest jeszcze ustalona. Nakłucie mózgowe nie zawsze wiedzie do rozpoznania, może bowiem nie wykryć skrzepu, chyba, że zabieg zostanie zastosowany przed skrzepnięciem wylewu. Przekonanie o możliwości pomocy operacyjnej wytworzy z czasem uznanie jej potrzeby w pewnych przypadkach; częstsze operowanie przyczyni się do ustalenia wskazań, techniki i rozpoznania.

W dyskusyi nad odczytem Męczkowskiego i Sławińskiego: a) Jaworski porusza sprawę uszkodzeń, względnie krwotoków czaszkowych noworodków, urodzonych samoistnie, bez operacyi; u noworodków takich podczas porodu następują krwotoki, głównie podoponowe, bez wątpienia częściej, niż to bywa rozpoznawane. Jaworski wykazał, że $^1/_8$ liczby ogólnych porażeń mózgowych pozostaje w zależności przyczynowej od ciężkiego porodu, a w powstawaniu wogóle postaci pląsawiczych w $^1/_4$ przypadków (podług Freuda) odgrywa pewną rolę poród, gdy dziecko rodzi się w stanie omdlenia. To też zdaniem mowcy przybywa dla położników nowe wskazanie do użycia kleszczy przy przedłużającym się porodzie, a jest nim wzgląd na zdrowie dziecka, niebezpieczeństwo powstania chorób ośrodków nerwowych dziecka z ich następstwami. Oznaką niebezpieczeństwa, obok słabnącego tętna, ustania ruchów płodu, zniesienia odruchów skórnych, będą: zbyt długo trwające już po odejściu wód bóle porodowe i nader szybko wzrastające przedgłowie.

b) Gajkiewicz jest tego zdania, że o ile zabieg chirurgiczny będzie wskazany prawie w każdym przypadku krwotoku zewnątrzmózgowego, o tyle w krwotokach wewnątrzmózgowych może być zastosowany w wyjątkowych tylko przypadkach.

c) Higier sądzi, że rękoczyn może być wskazany przedewszystkiem w przypadkach udaru nader ciężkich, wiodących w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego.

d) Wł. Janowski zapytuje, czy istnieją dokładniejsze badania, dowodzące, że krzepliwość krwi zmniejsza się po przystawieniu choremu kilku pijawek; osobiście uważa takie twierdzenie za bezpodstawne. Niewątpliwie jednak upust krwi, zastosowany szybko, wpłynąć może pomyślnie na przebieg choroby w przypadkach udaru mózgowego, o ile wylew nie był wogóle zbyt wielki. Co do przyszłości stosowania zabiegów chirurgicznych w udarze, J. podziela pogląd Gajkiewicza.

e) Kopczyński St. na mocy własnych spostrzeżeń twierdzi, że mechaniczne uszkodzenia główki dziecka, zwłaszcza podczas ciężkich porodów u pierwiastek, odbijają się fatalnie w dalszym psychicznym rozwoju niemowlęcia. Co się tyczy wskazań do zabiegu operacyjnego podczas udarów u dorosłych, to zaliczyłby tu przypadki wylewów krwawych do komory trzeciej i dalszych komór mózgowych, które zazwyczaj są śmiertelne.

f) Krauze wyraża zdanie, że zabiegi chirurgiczne nie mają przyszłości w krwotokach wewnątrzczaszkowych, gdyż dekompresya nic nie pomoże tam, gdzie wylewy są drobne, gdzie zaś są duże, tam najczęściej trepanacya jest przeciwwskazana ze względu na objawy ogólne.

g) Trzciński zaznacza, że rozpoznanie różniczkowe między zakrzepem pochodzenia przymiotowego a krwiakiem jest niekiedy wprost niemożliwe (brak danych wywiadowych). Krwiak śródmózgowy jest najczęściej objawem wtórnym zwyrodnienia ścian naczyniowych, a zabieg chirurgiczny nie da wyniku praktycznego wobec możliwości nowego krwotoku.

h) Męczkowski sądzi, że pesymizm poprzednich mowców co do zabiegów chirurgicznych w krwotokach wewnątrzczaszkowych jest nieusprawiedliwiony. Podobny pesymizm panował przed 20 laty co do leczenia chirurgicznego nowotworów mózgu, obecnie nowotwory operuje się coraz częściej. Trzcińskiemu M. odpowiada, iż obecnie zapatrywania na patogenezę i przebieg wylewów wewnątrzmózgowych są inne, niż dawniej. Według badań Lewandowskyego w 50% przypadków wylewów krew nie krzepnie, lecz pozostaje miesiącami w stanie ciekłym, więc zabieg chirurgiczny nieraz byłby zupełnie usprawiedliwiony. Często wylew zdarza się u osób młodych, u których naczynia są jeszcze na ogół zdrowe, więc przeciwwskazania zabiegu ze względu na stan ogólny nie są tak częste. Janowskiemu M. odpowiada, że wszelkie upusty krwi pod czas udaru mózgowego są szkodliwe, gdyż upust z żyły umniejsza ciśnienie obwodowe, które jest aktem samoobrony, pożądanym w krwotokach wewnątrzczaszkowych. Przystawienie pijawek może być czasem potrzebne, gdyż usuwa zastój żylny. Krauzemu M. odpowiada, że dekompresya może być potrzebna i w małych wylewach, gdyż często i mały wylew wywołuje duże zmiany.

i) Sławiński omawia szczegóły techniczne zabiegów chirurgicznych w krwotokach wewnątrzczaszkowych, podnosząc fakt, że często zabiegi te nie przedstawiają zbyt wielkiej trudności. Dodaje, że wskazania do trepanacyi w przypadkach n. p. drgawek są obecnie coraz częstsze i łatwiej dają się wykonywać.

Posiedzenie kliniczne z d. 21. kwietnia 1914 r.

1) Hewelke O. przedstawił przypadek **tętniaka aorty** u kobiety 60-letniej.

2) K. Miszewski: **Odczyn Abderhaldena w zastosowaniu do chorób umysłowych.** Zapomocą metody dializacyjnej zbadano surowicę 85 chorych (prób 240), zapomocą metody optycznej 9 przypadków porażenia postępującego (chorzy z zakładu w Drewnicy). Wnioski prelegenta są następujące: W przeważającej większości przypadków otępienia wczesnego surowica krwi posiada własność trawienia białka narządów płciowych, następnie białka tarczycy, oraz w późniejszym okresie otępienia — białka kory mózgowej. W psychozie depresyjno-maniakalnej, bez względu na okres choroby, surowica nie posiada własności trawienia substancyi mózgowej. A więc metoda Abderhaldena może być pomocną dla różniczkowania powyższych chorób umysłowych. W przypadkach padaczki przemianie białka ulega tarczyca, narządy płciowe, a przy objawach otępienia i białko kory mózgowej. W porażeniu postępującem podlega trawieniu białko kory mózgowej, wątroby kiłowej, oraz niektórych innych narządów, prawdopodobnie również dotkniętych kiłą. Surowica osób zdrowych nie wywołuje widocznych zmian w żadnym z badanych narządów. Na zasadzie wniosków powyższych oraz wniosków zbliżonych, zaczerpniętych z piśmiennictwa, wyrażano nadzieję, iż metoda Abderhaldena, wykrywając zaburzenia w poszczególnych narządach i pogłębiając dotychczasowe poglądy na przyczyny powstawania chorób umysłowych, ułatwi, być może, w niedalekiej przyszłości sposoby zwalczania tych przyczyn.

W dyskusyi: a) Pręgowski zarzuca, że zbadano zbyt mało przypadków psychozy okresowej, aby módz wyprowadzić ogólniejsze wnioski, że prelegent zbyt ogólnikowo mówił o odczynie Abderhaldena w otępieniu wczesnem i psychozie okresowej, cierpieniach, mających liczne i odmienne postaci, że mówiąc o odczynie Wassermanna, prelegent nie zaznaczył, czy odczyn ten był stwierdzony we krwi, czy też w płynie mózgowordzeniowym, co ma ważne znaczenie w rozpoznawaniu porażenia postępującego.

b) Miszewski odpowiada, że przypadków otępienia wczesnego nie dzielono, aby zbytnio nie rozdrabniać statystyki, że psychoza była typu przewlekłego, że surowicę badano we wszystkich przypadkach, płyn zaś mózgowordzeniowy w kilkunastu; że podano tylko te przypadki

psychozy depresyjno-maniakalnej, które nie przedstawiały wątpliwości co do rozpoznania klinicznego.

3) Luxenburg: **Odczyn Abderhaldena w zastosowaniu do rozpoznawania kiły.** Do doświadczeń swych prelegent użył krwi osób, które świeżo nabyły kiły z wykwitami skórnymi; krew poddawał odwłóknieniu, przypuszczając, że krętki blade dadzą się uchwycić w nici włóknika. Otrzymamy włóknik pozbawiał całkowicie krwi zapomocą przemywania i wyciskania szczypczykami i wygotowywał, póki próba ninhydrynowa wypadała ujemnie. Na tak przygotowane podłoże działał surowicą, w której miała być dowiedziona obecność zaczynów, rozszczepiających białko ciał krętków. Innemi słowy, chodziło prelegentowi o przekonanie się, czy surowica (s) kiłowa (l) da z włóknikiem (f) kiłowym wynik dodatni, a surowica nie kiłowa (nl) z tymże włóknikiem wynik ujemny. Poza tem robił następujące zestawienia: s nl z fl i sl z f nl, wreszcie kontrole samej s nl i s nl. Zarówno krew, wziętą na włóknik, jak i krew, której surowica badana była co do zaczynów, poddawał próbie Wassermanna. Doświadczenia wykonywał wyłącznie metodą dializacyjną Abderhaldena. Wynik dotychczasowy z 14 doświadczeń prelegent streszcza w sposób następujący. Surowica krwi niedawno chorego (w II. okresie) na kiłę daje przy dializowaniu metodą Abderhaldena z włóknikiem krwi również niedawno na kiłę chorego wynik dodatni, gdy surowica niekiłowa daje wynik ujemny. W szeregu powyższych doświadczeń należy zaznaczyć wybitny wynik dodatni w przypadku rozwiniętego porażenia postępującego (odczyn Wasermanna był dodatni we krwi) oraz w przypadku kiły, w którym przed $1\frac{1}{2}$ rokiem dokonano 3 wlewań neosalwarsanu i 15 wstrzyknięć rtęciowych, a odczyn Wassermanna dał wynik ujemny.

Nie czyniąc daleko idących wniosków w sprawie klinicznego znaczenia metody Abderhaldena, stosowanej w sposób powyższy, L. sądzi, że przytoczone wyniki upoważniają do dalszych prac w tym kierunku. T. Borzęcki.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 28. VI. b. r. posiedzenie, na którem prof. Lewkowicz miał wykład o leczeniu nagminnego zapalenia opon namózgowemi wstrzykiwaniami surowicy, a w d. 5. VII. b. r. posiedzenie, na którem Dr Wespański miał wykład o leczeniu duru szczepionką Vincenta, Dr Adam Kramarzyński zaś podał przyczynek do dyagnostyki paratyfusu.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Wojciech Wydra z Rozwadowa w Galicyi.

— Z 334 lekarzy krakowskich pozostało obecnie 143; do służby wojskowej powołano bowiem 183, a 6 zmarło w r. 1915/6.

Lwów. Doc. Dr Maryan Franke otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

— Prof. Dr Antoni Mars donosi nam ze Lwowa, że fundusz Towarzystwa ginekologów polskich, jaki przed wojną był zebrany w łącznej kwocie 890 K 02 h., złożył do Galicyjskiej Kasy oszczędności we Lwowie na książeczkę wkładkową Nr 33616 wraz z pomienioną książeczką do dyspozycyi każdoczesnego prezesa Towarzystwa ginekologów polskich.

Z różnych stron. Z Genewy donoszą: Ciało uniwersyteckie w Genewie urządziło w Palais Eynard manifestacyjną uroczystość dla uczczenia profesora Laskowskiego, wykładającego przeszło lat czterdzieści. W uroczystości brało udział całe gremium profesorskie, oraz różne delegacye miejskie. Jako pierwszy zabrał głos prof. Prevost, podkreślając motywy, skłaniające do uczczenia sędziwego profesora, wycofującego się z dotychczasowej działalności z powodu podeszłego wieku i starganych w pracy sił. Kolejno zabierali głos profesorowie Oltramare, d'Espine, Fehfous, Dr Lardy, profesor Fehr, dziekan Wydziału medycyny Cristiani i wielu innych. W imieniu przyjaciół profesora Laskowskiego, kolegów. i studentów złożył p. Eternod pięknie wykonany medalion Jubilatowi. Medalion ten jest dziełem Carezettiego. Profesor Laskowski dziękował za objawy sympatyi i zaznaczył, że tego żywego objawu sympatyi pragnął uniknąć ze względu na smutne czasy obecne. Po przemówieniach okolicznościowych nastąpiła wspólna wieczerza, podczas której wznoszono wiele toastów na cześć naszego zasłużonego rodaka.

— Radca Dr Fr. Chłapowski z Poznania ordynuje w tym sezonie w Kissingen (Villa Quo vadis).

Zmarli: Dr Maciejewski w Kissingen; Dr Chęciński, były prosektor uniwersytetu odeskiego, w Kijowie;
okulista prof. Goldzieher w Peszcie.

Redakcya otrzymała: Adamkiewicz: Abrechnung und Entlarvung. (Odbitka z »Der Forscher«) Hannover 1916. — Serkowski: 1) Epidemiologia i profilaktyka cholery. Wydanie III uzupełnione. Warszawa 1915, stron 308, oraz 2), 3), 4) osobne odbitki z rozdziału IV, V, VII i VIII tej książki. 5)—8) Prace z laboratoryum Dr Serkowskiego, wydane przez Warsz. Tow. nauk.: Kraszewski: Wapno i magnezya w pożywieniu klas robotniczych; Serkowski: Wpływ czynników fizyko-chemicznych na zjawisko precypitacyi i aglutynacyi; oraz: Badania nad katalazą bakteryjną: Sachnowski: »Gnilne miano«, wskaźnik zanieczyszczenia i zakażenia wód. 9) Serkowski: Sanitarna analiza mleka (odb. »Zdrowie«). 10) Serkowski: Bacillus s. granulobacillus putrif. nov. sp. (odb. »Centr. f. Bakt.« 1914).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.

Gazeta lek. 1916, Nr 21—26. S. p. Wacław Mayzel. (Wspomnienie pośmiertne) (21). — Kotarski: Spostrzeżenia nad nieszczęśliwymi wypadkami od prądu elektrycznego (21—22). — Kowalski (dok. 21). — Kummant: Rzadki przypadek przepukliny pachwinowej (22). — Osiński: Szczepionki zapobiegawcze przeciw durowi brzusznemu (23—26). — Rosiewicz: Odczyn opaskowy w tyfusie wysypkowym (23). — Pański: Dwa przypadki choroby Basedowa w następstwie kontuzyi (24). — Malinowski: Znaczenie rozpoznawcze i lecznicze szczepionek rzeżączkowych u kobiet (25).

Medycyna i Kronika lekarska 1916. Nr 1—28: Cetnarowicz: Ś. p. prof. B. Wicherkiewicz (1). — Goldflam: W sprawie utraty wzroku skutkiem zatrucia wyskokiem metylowym (1—2).— A. Zawadzki: Rany postrzałowe rdzenia (2—3). — Korybut-Daszkiewicz: Ś. p. M. Jakubowski (3). — Urstein: O chorobach umysłowych, spowodowanych przez wojnę (4). — W. Biehler: O wynicowaniu pęcherza moczowego (5—6). — Szymański: Ś. p. T. Boryssowicz (6). — Zakrzewski: Praktyczny sposób przygotowywania ketgutu (7). — W. Biehler: Przypadek ciała obcego w stopie (7). — Szwajcer: Z epidemiologii i profilaktyki duru wysypkowego (8—9). — Bychowski: W sprawie pewnych objawów nerwowych na skutek ran postrzałowych czaszki (9). — Guranowski: Ś. p. Karol Benni (10). — M. Biehler: Żywienie niemowląt mlekiem suchem (10—11). — Srebrny: Henryk Fidler (wspomnienie pozgonne) (11). — Alf. Sokołowski: O ważniejszych błędach rozpoznawczych w dziedzinie chorób dróg oddechowych (12). — St. Orłowski: Przyczynek do oceny materyału psychopatologicznego z wojny obecnej (13). — Kościński: Przypadek zgorzeli narządów płciowych zewn. (14). — Gantz: Ciała obce w górnym odcinku dróg pokarmowych (15—17). — Karwacki i Krakowska: Wpływ niektórych ciał koloidalnych na rozwój laseczników durowych i rzekomodurowych (16). — Jul. Kramsztyk: W sprawie żywienia niemowląt i małych dzieci (17—18). — Orłowski: W sprawie psychoz urazowych (18—21). — Hertz: Wycięcie migdałów podniebiennych czy ich wyłuszczenie u dzieci? (19—20). — Kramsztyk Zygmunt: Wacław Mayzel (wspomnienie pośmiertne) (20). — Srebrny: Laryngitis ventricularis hyperplastica (21—24). — Higier: Równoważnik porażenny padaczki samoistnej w postaci stanu porażennego połowiczego (22). — Kaczyński: Z kazuistyki niedrożności jelit (24). — Wł. Sterling: O zapaleniu rdzenia, jako następstwie drętwicy karku (23—28). — Kopytowski: Przyczynek do leczenia liszaja czerwonego (25). — Stabholz: Przyczynek do kazuistyki wewnętrznego uwięźnięcia jelit (26). — Srebrny: Ś. p. prof. Pieniążek (27). — Kraskowski: Parę uwag o tyfusie brzusznym i paratyfusach A i B. (27).

Nowiny lekarskie 1916, Z. 1—2: Chłapowski: Ś. p. Bolesław Wicherkiewicz — St. Szuman: Psychiczne objawy porażenia postępującego. — Z. Dziembowski jr.: O rozwolnieniu, pochodzącem ze zachorzeń żołądkowych. — Nowakowski: Przyczynek do zwalczania zapadów u chorych po wielkich utratach krwi.— K. Dziembowski sen.: Pogląd krytyczny na naukę o rozpoznawaniu i leczeniu przewlekłych zachorzeń stawów ze stanowiska internisty. — A. Karwowski: Kilka uwag o leczeniu świerzbu.— Dziembowski jun.: Drżączka poraźna we wieku młodzieńczym. — Bednarski: Przypadek porażenia wszystkich mięśni ocznych i niedowidzenia przy gruzełku przysadki mózgowej. — Grabowski: Przypadek przewlekłego ropnia płatu skroniowego

Zdrowie, Zesz. 4—7. Artykuł wstępny (w sprawie wyludnienia i opieki nad dziećmi) (4). — Artykuł wstępny z powodu 3 Maja (5). — Adamski: Stan sanitarny mieszkań stróżów w Warszawie (4—5). — Koralewski: Matka i niemowlę (4—5). — Serkowski: Sanitarna analiza mleka (4). — Jaworski: Prawo o miastach oraz sprawy sanitarne w epoce konstytucyi 3 Maja (5—6). — Artykuł wstępny (w sprawie zdrojowisk) (6). — Bączkiewicz: Wychowanie fizyczne młodzieży, jako zadanie społeczne (6—7). — Rosiewicz: Pierwsze przymusowe gromadne szczepienia ospy ochronnej w Łodzi w r. 1915 (7).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LV. Kraków, 1. sierpnia 1916. Nr 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

PÓŁWIECZE »GAZETY LEKARSKIEJ«.

Nietylko w Polsce, ale nigdzie wogóle niema i nie było czasopisma lekarskiego, któreby miało prawo tak chlubnie zamykać pierwszy, półwiekowy okres swej działalności, jak warszawska »Gazeta lekarska«.

Bo też stanowisko i praca »Gazety lekarskiej« były przez większą część tego okresu zupełnie wyjątkowe, a czasopiśmiennictwo lekarskie nie zna drugiego podobnego przykładu.

»Gazecie lekarskiej« przypadło mianowicie zadanie niebywałe, zdawałoby się niemal nieprawdopodobne; w społeczeństwie, pozbawionem własnej Szkoły Głównej, własnego Wydziału lekarskiego, stać się ogniskiem, któreby brak ten choć częściowo zastąpiło.

Hasłem »Gazety lekarskiej« było w chwili jej narodzin budzenie i popieranie samodzielności polskiej nauki lekarskiej. Ale wtedy działała jeszcze nasza świetna Szkoła Główna; pracownie i kliniki jej Wydziału lekarskiego, szeroko jeszcze dla Polaków otwarte, były właściwym warsztatem owej pracy samodzielnej, której »Gazeta lekarska« miała być tylko zewnętrznym wyrazem; profesorowie tego Wydziału, a zarazem redaktorowie nowego czasopisma, byli jeszcze tej pracy nieograniczonymi kierownikami, ożywionymi wspólną myślą i dążeniem, byli zwartem ciałem, szerzącem koło siebie atmosferę naukową, najwyższym areopagiem, mającym wszelką moc i prawo czuwania nad zniczem polskich umiejętności lekarskich. I wtedy zaś, i później, służyły w Polsce tymsamym hasłom i w podobny sposób, jak »Gazeta lekarska« w początkach swej działalności, inne czasopisma naukowe, choć może w łatwiejszych warunkach.

Ale po zamknięciu Szkoły Głównej, im bardziej uniwersytet warszawski stawał się dla polskiego społeczeństwa instytucyą obcą i w końcu wrogą, tem bardziej przesuwała się rola »Gazety lekarskiej« na pole nowe, zrazu nawet nie przeczuwane, tem większy spadał na nią ciężar zadań i... odpowiedzialności wobec społeczeństwa. Przed tym ciężarem i przed tą odpowiedzialnością nie uchyliło się grono redakcyjne; i oto stało się zwolna takiem ogniskiem, w którem zestrzelały się najlepsze myśli i najgórniejsze dążenia, takim strażnikiem ołtarzów nauki lekarskiej polskiej i jej sternikiem w tamtej dzielnicy Polski, jakim był przedtem polski Wydział lekarski warszawskiej Szkoły Głównej. A biorąc w dziedzictwo tradycye Szkoły, stało się to grono w zakresie swego działania istotnie, jak ze słuszną dumą podnosi dzisiejsza Redakcya »Gazety lekarskiej«, częścią »tej *żywej siły* narodu, co nigdy nie zrezygnowała z najtęższych jego dążeń«.

Polska nauka lekarska odbudowuje dziś w Warszawie najgłówniejszą podstawę prawidłowego swego rozwoju, własną uczelnię, a dla tej odbudowy znajduje zachowane i wzmocnione zdrowe podwaliny. Dla tych, którzy te podwaliny zachowali i wzmocnili, niema większej i lepszej nagrody nad poczucie dokonanego zadania, nad świadomość wywalczonego niemal wbrew nadziei zwycięstwa.

A niema może i lepszego życzenia nad to, aby tej podwójnie nam wszystkim dziś drogiej, zmartwychpowstałej polskiej Wszechnicy, stać się znów pomocą i podporą, aby być wraz z Nią na zawsze współsiewcą ziarna, z którego rośnie lepsza przyszłość nasza.

Takie też życzenie składamy »Gazecie lekarskiej« na wiązanie złotych jej z polską nauką ślubów.

Redakcya.

Z pracowni anatomopatologicznej Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie (Lwów).

O zmianach w gruczołach wewnętrznego wydzielania u umysłowo chorych, zmarłych bez widocznej przyczyny.

Podał

Prof. Dr Józef Hornowski.

Przy wykonywaniu sekcyi zmarłych na choroby umysłowe natyka się anatomopatolog znacznie częściej, niż u zmarłych, którzy byli umysłowo zdrowi, na przypadki, w których przyczyna śmierci bywa niewyjaśniona. lub mało wyjaśniona, nietylko klinicznie, lecz i sekcyjnie. Nie znajdujemy wtedy w narządach zmarłego makroskopowo najlżejszych bodaj zmian czyto w postaci, nieżytowego zapalenia płuc, czy zmian w mięśniu sercowym, czy wogóle jakichkolwiek choćby najdrobniejszych zmian, do których możnaby się było przyczepić, jako do przyczyny śmierci.

Fakty te oddawna zwracały uwagę psychiatrów, którzy w ten lub inny sposób starali się wyjaśnić przyczynę śmierci w takich przypadkach, operując jednak głównie w sferze domysłów i przypuszczeń.

Przypuszczenia te były o tyle umotywowane, o ile naprzykład stwierdzono u zmarłego zmiany odżywcze skóry w postaci odleżyn, chociażby nie zbyt znacznych, co stawiano w związek wogóle ze schorzeniem mózgu, o ile u chorego występował nagły, a nieustający spadek wagi ciała, który go wreszcie doprowadzał do śmierci, gdy u chorego występowały przed śmiercią objawy, jak twierdzono pochodzenia mózgowego, nadmiernego podniesienia lub spadku ciepłoty ciała, gdy chory nie sypiał przez czas dłuższy, gdy wreszcie chory umierał w napadzie drgawek. W takich przypadkach można było klinicznie, lecz wyłącznie tylko klinicznie, w pewien sposób umotywować przyczynę śmierci.

Trudniej było wyjaśnić te przypadki śmierci, w których następowała ona po kilku lub kilkunastu dniach ruchowego podniecenia chorego, przy którem jednak ogólne odżywianie jego nie cierpiało znacznie, czasem nawet nie można było stwierdzić spadku wagi ciała, przenoszącego $^1/_4$ kilograma na dobę. Wprowadzono tu więc pojęcia przekrwienia opon i mózgu (hyperaemia meningum et cerebri), co stwierdzano na sekcyi i co uważano za przyczynę śmierci, początkowo nie umiejąc tego objaśnić, później objaśniając występującą wtedy nadmierną różnicą między pojemnością czaszki, a objętością przekrwionego mózgu. Reichardt wprowadził dość złożoną metodę określania tej pojemności, lecz i ona zawiodła. W wielu przypadkach sekcyjnych różnice te były tak małe (7 – 8%), iż dla objaśnienia przyczyny śmierci musiał Reichardt w takich razach uciekać się do przypuszczenia, że na kilka dni lub nawet godzin przed śmiercią różnice te musiały wynosić więcej (może do 25%), czego jednak sekcyjnie już nie można było stwierdzić z powodu zmian pośmiertnych w ukrwieniu mózgu.

Wreszcie najtrudniej było wyjaśnić te przypadki śmierci u chorych umysłowych, których życie gasło stopniowo, jak świeca, bez widocznych przyczyn. Reichardt wprowadził dla takich przypadków objaśnienie »śmierci mózgowej«, w której przeprowadza analogię pomiędzy wyczerpywaniem się mechanizmu zegarka, bez widocznych zmian w jego częściach budowy wewnętrznej, a wyczerpywaniem się mózgu, który odmawia kierownictwa czynności życiowych ustroju.

Wszystkie te spekulacye myślowe rozbijają się jednak o fakt zasadniczej wagi, że jedni z chorych umysłowych, o takiem samem odżywieniu i z takim samym stanem umysłowym, umierają bez widocznej przyczyny, inni żyją całemi latami, nawet pomimo okresów silnego podniecenia lub większego spadku wagi ciała. Zatem przyczyną śmierci musi być coś innego, coś, co bezpośrednio wpływa na ogólny stan somatyczny umysłowo chorego.

Pragnąc rozwiązać to zadanie, zwróciłem się do badań gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, wychodząc z założenia, że ścisły zespół czynności tych gruczołów jest warunkiem niezbędnym dla zdrowia i życia osobnika, co dziś jest faktem stwierdzonym.

W badaniach moich, w przypadkach niewyjaśnionej przyczyny śmierci, robiłem możliwie najdokładniejszą sekcyę zmarłego, biorąc do badania drobnowidowego wszystkie gruczoły wewnętrznego wydzielania.

Aby być możliwie przedmiotowym, przedstawię treściwie wynik tych badań w każdym poszczególnym przypadku, uwzględniając jednak tylko rzeczy ważne i istotne, później zaś przejdę do wniosków.

1. S. M. kob. l. 28, Liczba protokołu sekcyjnego 19, r. 1914. Zmarła w podnieceniu (Dementia praecox).

Na sekcyi stwierdzono tylko przekrwienie opon, mózgu i wogóle wszystkich narządów.

Badania mikroskopowe gruczołów wewnętrznego wydzielania dało następujące wyniki:

Przysadka mózgowa: Część tylna bardzo duża, o rozmiarach 8 mm $\times$ 6 mm, zajmuje większą część przysadki; część przednia, przedstawiająca się w postaci wązkiego (w najszerszych miejscach 4 mm) półksiężyca, stanowi zaledwie $^1/_3$ część całej przysadki. W części przedniej występuje w komórkach pewien bezład, komórki wyglądają, jak roztrzęsione. Przeważają wśród nich komórki główne i ogniska syncytyalne; komórek eozynochłonnych wybitnie mało, nieco komórek ciążowych.

W nadnerczach warstwa siatkowata kory wykazuje znaczne nagromadzenie barwika w komórkach, natomiast komórki istoty rdzeniowej nie wykazują prawie żadnego chromowania się, co wskazuje na osłabienie czynności wydzielniczej układu chromochłonnego.

W tarczycy pęcherzyki całkowicie wypełnione koloidem eozynochłonnym.

W szyszynce, tylnej części przysadki, gruczołach przytarczycznych, trzustce, jajnikach, niema zmian patologicznych.

2. M. B. kobieta l. 40, L. pr. sek. 21 r. 1914. Zmarła w podnieceniu. (Dementia praecox).

Na sekcyi stwierdzono przekrwienie opon mózgowych, mózgu, jak również wszystkich narządów, poza tem mierny stopień wodogłowia wewnętrznego.

Przysadka mózgowa: Część tylna zajmuje nieco więcej, niż $^1/_2$ przysadki. W części przedniej znacznie zwiększona ilość komórek bazochłonnych.

W nadnerczach warstwa siatkowata kory wykazuje znaczne nagromadzenie barwika w komórkach, głównie jednak w nadnerczu lewem. W nadnerczu prawem prawie zupełny brak istoty rdzeniowej, która przedstawia się w postaci wąziutkiego pasma, szerokości nie większej nad 216 μ, w nadnerczu lewem szerokość istoty rdzeniowej nigdzie nie wynosi ponad 1 mm. Komórki chromochłonne wykazują bardzo słabe chromowanie się.

W innych gruczołach wewnętrznego wydzielania zmian patologicznych niema.

3. I. T. kob. l. 38 L. prot. sek. 36 r. 1914. Zmarła w podnieceniu (Dementia praecox).

Na sekcyi: przekrwienie opon i mózgu, oraz wszystkich narządów.

Przysadka mózgowa: Część tylna bardzo mała. W części przedniej liczne ogniska syncytyalne, dość liczne komórki bazochłonne, układające się cewkowato, bardzo nieliczne eozynochłonne. W części pośredniej (pars intermedia) liczne twory torbielowate, wysłane nabłonkiem płaskim, zawierającym liczne kulki tłuszczowe; wewnątrz torbieli koloid płynny, amfochłonny, słabo barwiący się.

W nadnerczach w korze wybitnie mało lipoidów we wszystkich trzech warstwach, miejscami zaś brak ich w komórkach zupełnie; braki te występują ogniskowo. W warstwie siatkowatej kory mało barwika w komórkach. Istota rdzeniowa miejscami szersza nawet od korowej i w porównaniu z korową bardzo silnie przekrwiona. W rdzeniowej dużo komórek zwojowych, tu i ówdzie nacieki limfocytowe. Komórki istoty rdzenio-

wej wykazują prawie zupełny brak chromowania się, natomiast w silnie rozszerzonych naczyniach ciemno-brunatne bryłki.

W jajnikach bardzo mało komórek śródmiąższowych, liczne ciała białawe (corpora albicantia), bardzo silne zgrubienie ścian naczyniowych, silnie rozwinięta i przekrwiona podściołka (stroma).

Inne gruczoły wewnętrznego wydzielania bez zmian.

4. P. A. l. 40 kob. L. prot. sek. 52 r. 1914. Delirium acutum. Katatonia acuta.

Sekcyjnie: Przekrwienie opon, mózgu i narządów.

Przysadka mózgowa: Stosunkowo dużo komórek eozynochłonnych, dość liczne bazochłonne, dużo koloidu bazochłonnego w przestrzeniach części pośredniej (pars intermedia).

Nadnercza. W nadnerczu lewem zupełny brak istoty rdzeniowej, w prawem rdzeniowa nie przenosi szerokości 1 mm. Komórki istoty rdzeniowej chromują się bardzo słabo. W warstwie siatkowatej kory nadnercza prawego bardzo znaczne ilości barwika w komórkach.

Inne gruczoły wewnętrznego wydzielania bez zmian.

5. Sz. W. męż. l. 37 L. prot. sek. 53 r. 1914. Zmarł w podnieceniu. (Dementia praecox).

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu i narządów.

Przysadka mózgowa. Zwapnienie w znacznie zgrubiałej torebce. W części przedniej liczne ogniska syncytyalne, bardzo liczne komórki bazochłonne, nieco mniej niż zwykle komórek eozynochłonnych.

Nadnercza: Liczne nadnercza dodatkowe w torebce. Prawie zupełny brak lipoidów w komórkach kory, najwięcej ich jeszcze w warstwie kłębkowej. Istota rdzeniowa 2 razy szersza od korowej, liczne w niej komórki zwojowe. Komórki chromochłonne barwią się znacznie słabiej, niż zwykle, jednak barwią się wszystkie. W istocie rdzeniowej silnie rozszerzone naczynia i liczne, choć drobne, w różnych miejscach porozrzucane wybroczyny.

Inne gruczoły wewnętrznego wydzielania bez zmian.

6. M. M. kob. l. 52 L. prot. sek. 78 r. 1914. Delirium acutum. Katatonia acuta.

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu i narządów, krwotok do prawego płatu tarczycy.

Przysadka mózgowa: W części tylnej nieco większe ilości tkanki łącznej. W części przedniej bardzo znaczne przekrwienie, szczególniej w porównaniu z częścią tylną. Tu i ówdzie dość liczne skupienia komórek bazochłonnych.

Nadnercza: Istota rdzeniowa w najszerszych miejscach ma średnicy 270 μ, gdy korowa dochodzi do 864 μ. W istocie rdzeniowej dość liczne ogniskowe nacieki komórek limfocytarnych. Komórki chromochłonne chromują się na ogół dość dobrze, z wyjątkiem pewnych miejsc, które wykazują prawie zupełny brak chromowania się komórek. W części siatkowatej kory komórki zawierają naogół mało barwika.

Tarczyca: Płat prawy, z wyjątkiem górnej, nieznacznej części, zupełnie zniszczony przez krwotok dość świeży, gdyż tu i ówdzie znajdujemy w nim małe grudki hemosyderyny, dającej odczyn żelaza. W części górnej daleko posunięte zmiany koloidowe, polegające na obecności torbieli, w ścianie której nabłonek jest silnie spłaszczony. Zwyrodnienie koloidowe spotykamy i wśród tkanki pomiędzy pęcherzykami. Takież zmiany, i to w znacznym stopniu, wykazuje lewy płat tarczycy.

Gruczoły przytarczyczne bardzo silnie przekrwione, wykazują nader nieliczne komórki kwasochłonne.

Inne gruczoły wewnętrznego wydzielania zmian patologicznych nie wykazują.

7. S. M kob. l. 50, L. prot. sek. 81 r. 1914. Delirium acutum. Katatonia acuta. W końcu życia drgawki.

Na sekcyi wybitne przekrwienie opon, mózgu, narządów, oraz wylewy krwawe po stronie prawej w okolicy obydwu gruczołów przytarczycznych.

W gruczołach przytarczycznych brak prawie zupełny komórek kwasochłonnych, w jednym z gruczołów niewyraźne kontury komórek i grupowanie się ich w postaci tkanki syncytyalnej, w drugim gruczole drobna wybroczyna krwawa.

Nadnercza: Istota rdzeniowa mniej więcej szerokości istoty korowej, komórki jej jednak wykazują wybitną wakuolizacyę i bardzo słabe chromowanie się.

Jajniki w okresie zaniku, poprzerastane tkanką łączną wykazują liczne ciała białawe (corpora albicantia) i dość liczne komórki śródmiąższowe.

Inne gruczoły wewnętrznego wydzielania bez szczególnych zmian.

8. K. A kob. l. 23, L. prot. sek. 90 r. 1914. Katatonia acuta. Zmarła w podnieceniu.

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu, narządów.

Przysadka mózgowa: Bardzo znaczne, w porównaniu z częścią przednią, przekrwienie części tylnej. W części przedniej bardzo liczne skupienia komórek bazochłonnych, natomiast bardzo nieliczne komórki eozynochłonne.

W nadnerczach szeroka istota rdzeniowa, nieco tylko węższa od korowej. Prawie zupełny brak chromowania się komórek tej istoty i rozszerzenie znaczne naczyń krwionośnych. W warstwie siatkowatej w korze obfite ilości barwika w komórkach.

Tarczyca duża, wagi 48 grm, całkowicie prawie składa się z torbieli, wypełnionych koloidem eozynochłonnym, blado barwiącym się. Nabłonki pęcherzyków znacznie spłaszczone, pęcherzyki bardzo nierównomiernej średnicy.

Inne gruczoły wewnętrznego wydzielania bez zmian.

9. Sz. M. kob. l. 38, L. prot. sek. 128 r. 1914. Dementia praecox. Delirium acutum.

Na sekcyi: Przekrwienie opon, mózgu, narządów, obecność grasicy wagi 16 gramów i silnie rozwinięty układ chłonny.

Grasica przedstawia się jako narząd czynny, nieznaczna przewaga dość dużych nabłonkowatych komórek przed pseudolimfocytami, dość liczne ciała Hassala, z których większość wykazuje dobrze konturujące się i wyraźne komórki. Stosunkowo mało tkanki łącznej.

Przysadka mózgowa dość duża, wagi 0·75 grm, wykazuje w części przedniej znaczną ilość komórek bazochłonnych, w części tylnej sporo barwika.

Tarczyca nieduża, wagi 19·0 grm., zawiera jednak dość dużo eozynochłonnego koloidu, barwiącego się wyraźnie, poza tem występuje pewna nierównomierność pęcherzyków co do ich średnicy, jak również miejscami dość znaczne spłaszczenia nabłonków.

Nadnercza stosunkowe małe i płaskie, ich istota rdzeniowa bardzo wązka, w najszerszych miejscach wynosi 540 μ. miejsc takich jednak nie dużo, przeważają inne o szerokości od 216 do 324 μ. Komórki chromochłonne barwią się bardzo słabo.

W innych gruczołach wewnętrznego wydzielania niema zmian patologicznych.

10. T. S. kob. l. 18, L. prot. sek. 140 r. 1914. Dementia praecox. Katatonia. Zmarła w podnieceniu.

Na sekcyi silne przekrwienie opon i mózgu, obecność grasicy dużej, leżącej nietylko na dużych naczyniach, lecz częściowo i na sercu, wagi 26 gramów. Układ chłonny bardzo nieznacznie powiększony.

Grasica wykazuje budowę drobnowidową narządu u dziecka do 2 lat; znaczna ilość komórek nabłonkowatych, nieliczne pseudolimfocyty, bardzo liczne ciała Hassala, przeważnie małe i składające się z wyraźnych dużych komórek. Odgraniczenie istoty korowej od rdzeniowej wyraźne, rdzeniowa 3—4 razy szersza od korowej. Tkanki łącznej prawie niema.

Nadnercza małe, płaskie, z wybitnie wązką istotą rdzeniową, nie przenoszącą 216 μ, miejscami zaś nawet węższą. Komórki chromochłonne barwią się stosunkowo słabo, jednak miejscami wykazują zabarwienie jasno-brunatne, przeważnie zaś żółtawe.

Gruczoły przytarczyczne wykazują bardzo znaczną ilość komórek kwasochłonnych, oraz niezawsze wyraźne konturowanie się komórek głównych.

W innych gruczołach wewnętrznego wydzielania zmian patologicznych nie znaleziono.

11. Z. H. kob. l. 48 L. prot. sek. 168 r. 1914. Dementia praecox. Katatonia. Delirium acutum.

Na sekcyi silne przekrwienie opon, mózgu, narządów, oraz 4 nadnerczaki kory nadnercza lewego, dochodzące do wielkości wiśni.

Tarczyca prawie cała składa się z dużych torbieli, wielkości nieraz orzecha włoskiego, wypełnionych koloidem eozynochłonnym, częściowo amfochłonnym, płynnym. Widzimy poza tem znaczne spłaszczenie nabłonków pęcherzyków, zanik wielu pęcherzyków, zmiany szkliste w tkance, znaczne stłuszczenie nabłonków tych pęcherzyków, które napozór są dobrze zachowane.

Nadnercza wykazują bardzo wybitną budowę gąbczastą komórek kory i nadnerczaków, natomiast przy barwieniu sudanem III stosunkowo małe ilości barwiących się lipoidów. Istota rdzeniowa stosunkowo wązka, gdyż przeciętnie szerokość jej nie przenosi $^1/_2$ milimetra; komórki chromochłonne barwią się słabo jasno żółto.

Jajniki wykazują znaczne zmiany zanikowe, liczne ciała

białawe (corpora albicantia), znaczne zgrubienie ścian naczyniowych i liczne komórki śródmiąższowe.

W innych gruczołach wewnętrznego wydzielania obrazy na ogół prawidłowe.

12. P. A. mężczyzna l. 33, L. prot. sek. 176 r. 1914. Dementia praecox. Katatonia. Zmarł w podnieceniu.

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu i narządów wewnętrznych.

Przysadka wykazuje bardzo małą część tylną, poprzerastaną przez liczne pasma zbitej tkanki łącznej, grupującej się głównie koło naczyń. Również i w części przedniej nieco więcej niż zwykle tkanki łącznej. W części przedniej znajdujemy bardzo znaczną ilość komórek bazochłonnych, układających się gniazdowato i cewkowato. Komórki pasmami wrastają na dość znacznej przestrzeni do części tylnej. Ilość komórek eozynochłonnych zwykła.

Tarczyca duża, wagi 43 gramów, wykazuje znaczne rozszerzenie pęcherzyków, nierównomierność ich średnicy, wahającej się od 125 μ do 624 μ, oraz bardzo znaczne spłaszczenie wszystkich nabłonków pęcherzykowych.

Nadnercza: Istota rdzeniowa równa się pod względem szerokości istocie korowej, natomiast komórki chromochłonne wykazują bardzo znaczny stopień wakuolizacyi, a miejscami nie chromują się zupełnie, na ogół zaś chromują się bardzo słabo. W komórkach istoty siatkowatej znajdujemy bardzo znaczne ilości barwika.

W innych gruczołach wydzielania wewnętrznego zmian nie znaleziono.

13. P. S. kob. l. 33, L. prot. sek. 203 r. 1914. Dementia praecox. Katatonia. Zmarła w podnieceniu.

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu, narządów.

Przysadka mózgowa wykazuje prawie zupełny brak komórek eozynochłonnych, natomiast liczne ogniska syncytyalne, oraz nieliczne komórki bazochłonne i ciążowe. W części tylnej prawie zupełny brak barwika.

Nadnercza dość duże, wykazują zupełny brak chromowania się komórek istoty rdzeniowej, choć jej szerokość jest dość znaczna, gdyż miejscami jest ona nawet szersza od istoty korowej.

W innych gruczołach wewnętrznego wydzielania zmian patologicznych nie stwierdzono.

14. Z. M. kob. l. 32, L. prot. sek. 205 r. 1914. Katatonia acuta. Zmarła w podnieceniu.

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu, narządów.

Przysadka: Część tylna zajmuje prawie $^1/_2$ całej przysadki, w części tej zupełny prawie brak barwika, natomiast bardzo silne przekrwienie. W części przedniej bardzo liczne komórki ciążowe, przewaga znaczna głównych, natomiast brak prawie zupełny komórek eozynochłonnych.

W nadnerczach bardzo wązka istota rdzeniowa, nie przenosząca nigdzie 432 μ. Komórki chromochłonne na ogół chromują się słabo, wszędzie jednak wykazują ziarnistości chromochłonne. W warstwie siatkowatej kory zawierają komórki dość znaczne ilości barwika.

W innych gruczołach wewnętrznego wydzielania zmian nie znaleziono.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z kliniki chirurgicznej (dyrektor radca dworu Prof. Dr L. Rydygier) i zakładu anatomii patologicznej (dyrektor Prof. Dr Z. Dmochowski) Uniwersytetu we Lwowie.

O wpływie podwiązywania tętnicy płucnej na płuco i o jego znaczeniu leczniczem.

(Badania doświadczalne)

podał

Dr Tadeusz Ostrowski

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

IV. Doświadczenie:

Pies wagi 12 kg., po wstrzyknięciu 0·1 morfiny uśpiony eterem, ułożony według Elsberga; wprowadzono do tchawicy cewnik półtwardy Nr 24 na 2 cm. powyżej podziału na oskrzela; cewnik połączony z bombą z tlenem. Cięciem płatowem odsłonięto V międzyżebrze, które nacięto na długości 5 cm. Po rozwarciu brzegów rany założono na gałąź tętnicy płucnej, dochodzącą do dolnego lewego płatu, dwie podwiązki i między niemi tętnicę przecięto. Szew okołożebrowy na ranę międzyżebrową; szew na mięśnie i skórę; opatrunek kolodionowy. Przed założeniem szwu, zamykającego ranę opłucnej, usunięto odmę przez rozdęcie płuca. Czas trwania zabiegu 10 min. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Po 14 dniach, kiedy klinicznie stwierdzono, że zdrowie zwierzęcia wróciło do stanu prawidłowego (pies odżywiał się zupełnie prawidłowo, poruszał się żwawo, przy bieganiu często tylko kaszlał), zabito psa chloroformem.

Sekcya: Na klatce piersiowej po stronie lewej rana operacyjna zagojona doraźnie. Po otwarciu klatki piersiowej płuca zapadają się dobrze, z wyjątkiem lewego płatu dolnego, który jest połączony z opłucną ścienną zrostami pasemkowatymi. Inne płaty płuca lewego mają opłucną nieco zgrubiałą, na przekroju ich widocznych zmian stwierdzić nie można. Płat dolny płuca lewego, poza znacznem zgrubieniem opłucnej, wykazuje większą zbitość, na przekroju widać skąpą ilość pęcherzyków powietrza, wydobywającego się przy ucisku, znaczniejsze przekrwienie tego płatu.

Badanie drobnowidowe:

a) Płuco lewe (tętnica niepodwiązana): Miernego stopnia ukrwienie, i to głównie w zakresie naczyń większych, natomiast dość słabe w zakresie naczyń włosowatych. Przegródki są ścieńczałe, pęcherzyki płucne małe, drobne; oskrzela o nabłonkach dobrze utrzymanych, puste. Pęcherzyki płucne tuż pod opłucną znacznie zmniejszone, przegródki zgrubiałe, a od strony przegródek bujają czopy tkanki łącznej młodej, obficie komórkowej, zarastającej światło pęcherzyków. Opłucna zgrubiała, od strony opłucnej buja gdzieniegdzie jednostajnie kosmkowata, młoda, obficie unaczyniona i komórkowa tkanka ziarninowa. Głębiej, niektóre przegródki są zgrubiałe, wytworzone z tkanki o obfitych jądrach, z komórek o charakterze łącznotkankowym, przyczem odpowiednie pęcherzyki mają światło zmniejszone. Oskrzela zmian widocznych nie okazują.

b) Płuco lewe (tętnica podwiązana): Opłucna włóknisto zgrubiała, pęcherzyki płucne pod opłucną okazują jeszcze gdzieniegdzie bardzo zmniejszone światło i są pozapadane, w innych miejscach są już zupełnie zarosłe tkanką obficie komórkową, wytworzoną z komórek włóknotwórczych, gdzieniegdzie limfoidalnych, z naczyniami krwionośnemi. Głębiej, na rozległych przestrzeniach, również zupełne zarośnięcie pęcherzyków, wskutek czego zupełne zniesienie budowy pęcherzykowej płuc, przyczem tkanka łączna, tworząca jednostajną masę, pod względem ilości komórek nie wszędzie jednakowo się przedstawia; gdzieniegdzie wśród tej tkanki można jeszcze dopatrzyć się ulegających zarastaniu pęcherzyków płucnych; wreszcie wśród tej tkanki są wybroczynki lub grudki hemosyderyny. Zaledwie gdzieniegdzie tylko widać grupy pęcherzyków płucnych, o utrzymanem dość dobrze świetle. Oskrzela są dobrze utrzymane, o świetle nieraz wybitnie porozszerzanem, a ścieńczałych ścianach, przyczem fałdy błony śluzowej wygładzają się.

Résumé: Płuco lewe, płat górny (tętnica niepodwiązana): Opłucna okazuje przewlekły stan zapalny. W częściach płuc pod opłucną przewlekłe zapalenie pod postacią bujania tkanki łącznej od strony przegródek międzypęcherzykowych. Również głębiej w płucu rozrost silniejszy tkanki łącznej w zakresie przegród międzypęcherzykowych. — Płuco lewe, płat dolny (tętnica podwiązana): Znacznie dalej posunięte zapalenie przewlekłe, z zupełnem zarośnięciem pecherzyków, tak, że tylko gdzieniegdzie są one jeszcze widoczne, jako zastępczo porozdymane. Nadto gdzieniegdzie nacieki drobnokomórkowe. Oskrzela dobrze utrzymane, porozszerzane. Opłucna zapalnie zgrubiała.

V. Doświadczenie:

Pies wagi 8 kg., po wstrzyknięciu 0·04 morfiny uśpiony eterem, poczem ułożony według Elsberga. Wprowadzono cewnik Nelatona Nr 19 do tchawicy, na 2—3 cm. powyżej podziału na oskrzela: cewnik połączony z bombą z tlenem; wykonano zabieg, identyczny z opisanym pod Nr. 4. Czas trwania operacyi 14 min., ilość zużytego eteru około 30 gr. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Po 4 miesiącach od czasu operacyi, kiedy pies nie przedstawiał żadnych objawów chorobowych, zabito go.

Sekcya: Na klatce piersiowej po stronie lewej zupełnie zarosła włosami blizna pooperacyjna. Przy otwieraniu klatki piersiowej płuca zapadają się, z wyjątkiem płatu dolnego płuca le-

wego, który jest przyczepiony wiotkimi zrostami do opłucnej ściennej. Płat ten w odróżnieniu od pozostałych jest jakby skurczony, zmniejszony, zbitszy, na przekroju mało przekrwiony i słabo powietrzny. Opłucna mocno zgrubiała.

Badanie drobnowidowe:

a) Płuco prawe (tętnica niepodwiązana): Opłucna cienka, zmian widocznych nie okazuje. Przegrody międzypęcherzykowe są przeważnie znacznie zgrubiałe, wytworzone z tkanki łącznej, miernie komórkowej, utworzonej z komórek włóknotwórczych, nabłonkowatych; miejscami spotyka się już ogniskowe, jednostajniejsze nagromadzenia tej tkanki w miejscu niewidocznych już pęcherzyków płucnych. Pęcherzyki płucne jeszcze obficie utrzymane, pod względem wielkości światła okazują dość znaczną rozmaitość, obok więc bardzo dużych spotyka się bardzo drobne, prócz tego szczelinowate, jako następstwo więcej jednostajnego zgrubienia przegród międzypęcherzykowych. Naczynia są obfite, dobrze krwią wypełnione. Oskrzela w wielu miejscach o świetle porozszerzanem, w niektórych obfite złuszczenie nabłonków, wypełniających nieraz prawie zupełnie światło oskrzela.

b) Płuco lewe (tętnica niepodwiązana): Opłucna cienka, podopłucne pęcherzyki przeważnie znacznie porozdymane, naczynia włosowate miernie ukrwione. Głębiej spotyka się rozległe wylewy krwawe do pęcherzyków płucnych, z których jedne okazują jeszcze dość dobrze zachowane ciałka czerwone, inne, a tych jest więcej, okazują ich rozpad, i to pod względem stopnia zmian przedstawiający się dość rozmaicie, w każdym jednak razie ilościowo przeważają miejsca z krwią rozpadającą się. Przegródki międzypęcherzykowe są nader ścieńczałe, nabłonki ich w wielu miejscach pozłuszczane; miejscami przegródki iuż rozpadają się, tak, że zaledwie są widoczne ich resztki. Naczynia krwionośne większe wypełnione obficie krwią, porozszerzane. W niektórych pęcherzykach spotyka się czerwono barwiące się masy. Oskrzela zupełnie pozbawione nabłonków.

c) Płuco lewe (tętnica podwiązana): Brzeg przedni płuca ma opłucną niezmienioną, pęcherzyki płucne są w znacznej części pozapadane, inne natomiast zastępczo rozdęte. Przegródki międzypęcherzykowe gdzieniegdzie zgrubiałe, a nabłonki łuszczą się lub są pozłuszczane. Naczynia krwionośne przekrwione. Mniej lub więcej podobnie przedstawiają się części podopłucne na przedniej powierzchni płatu, przyczem częściej spotykamy się tutaj z zarośnięciem pęcherzyków, a zawsze z porozszerzaniem i przekrwieniem drobnych i dużych naczyń krwionośnych. W głębszych częściach płuc widzimy podobne obrazy, jak w płacie tegoż płuca o niepodwiązanej tętnicy, ale w znacznie wyższym stopniu, a więc spotykamy tu już na znacznych przestrzeniach brak przegród międzypęcherzykowych, mniej lub więcej posuniętą ich martwicę, a w miejscach tych znajdują się masy blade, ziarniste lub jeszcze zachowane kontury pęcherzyków płucnych, wypełnionych bladą masą lub rozpadającemi się ciałkami czerwonemi. Wśród tej bladej, ulegającej martwicy tkanki i zmienionej krwi widać jeszcze naczynia o mniej lub więcej dobrze barwiących się ścianach, mniejsze i większe, porozszerzane i obficie krwią szczelnie wypełnione, o dość dobrze jeszcze utrzymanych śródbłonkach. To porozszerzanie i przekrwienie naczyń, szczególnie w owych bladych miejscach, uderza w oczy. W częściach jeszcze barwiących się znajduje się w wielu pęcherzykach obficie krew. Opłucna okazuje znaczne łączno-tkankowe zgrubienie, a naczynia jej są wyraźnie porozszerzane i przekrwione; w niektórych miejscach znajdują się zupełnie świeże złogi włóknika. Przegrody międzypęcherzykowe są znacznie zgrubiałe, wytworzone z tkanki łącznej, o skąpych włóknotwórczych komórkach, a silnie rozwiniętej istocie międzykomórkowej włóknistej; w wielu też miejscach pęcherzyki płucne są w wysokim stopniu zwężone, tak że z trudnością można je rozróżnić; śród tkanki łącznej znajdują się dobrze utrzymane, o szerokiem świetle i obficie krwią wypełnione naczynia włosowate.

Résumé: Płuco prawe: Opłucna bez zmian. W płucu niejednostajny rozrost tkanki łącznej na niekorzyść pęcherzyków płucnych. Złuszczenie nabłonków pęcherzyków i oskrzeli. — Płuco lewe z (tętnicą niepodwiązaną): Przekrwienie naczyń dużych. Rozległe wylewy krwi w pęcherzykach, przeważnie starsze. Złuszczenia nabłonków. — Płuco lewe z tętnicą podwiązaną: Przedni brzeg, z wyjątkiem rozdęcia pęcherzyków, bez zmian. W głębi płuca obok martwicy dalej posuniętej rozrost tkanki łącznej z zarośnięciem pęcherzyków. Przewlekłe i gdzieniegdzie świeże zmiany zapalne na opłucnej.

II.

Przytoczone powyżej moje doświadczenia posłużą mi obecnie do wyprowadzenia wniosków co do samego zabiegu, wykonywanego w tych doświadczeniach, a także do bliższego rozpatrzenia wyników bezpośrednich i później powstających, które, jak wiemy, uwzględnili Sauerbruch i Bruns, zalecając podwiązanie gałęzi tętnicy płucnej w celach leczniczych.

Otóż co do samego zabiegu, to technika, podana pierwotnie, jest bardzo prosta i łatwa. W moich doświadczeniach różniłem się od Sauerbrucha i Brunsa tem, że, nie rozporządzając klinicznem urządzeniem do operowania w klatce piersiowej przy zróżniczkowanem ciśnieniu, uciekłem się do zaimprowizowanego przyrządu na wzór urządzenia Auer-Meltzera. Jak widać z protokołów doświadczeń, przyrządzik ten oddawał mi usługi zupełnie dobre i wystarczał w zupełności do usunięcia odmy piersiowej, która mogła wywrzeć ujemny wpływ na przebieg doświadczeń, wywołując zmianę w krążeniu płucnem niezależnie od zmian, wywoływanych przez sam zabieg; przypomnę tu sprawę krążenia w płucach przy sztucznej odmie piersiowej, poruszaną w przytaczanych powyżej pracach Cloetty, Brunsa, Müllera, Lohmana i innych. Przyrząd o typie Auer-Meltzera, z punktu widzenia teoretycznego, ma mniejszą wartość, niż przyrząd typu Sauerbrucha, przy którego użyciu działanie płuca odbywa się w warunkach więcej zbliżonych do warunków fizyologicznych. Wiemy z doświadczeń Sauerbrucha, Robinsona, Schlesingera, Küttnera, Cloetty, von Rohdena i innych, że zaburzenia w krążeniu płucnem przy użyciu przyrządu ze wzmożonem ciśnieniem (Überdruckverfahren) są znacznie większe, aniżeli przy użyciu przyrządu o typie Sauerbrucha. Tłómaczenie tego znajdujemy w fakcie, niedającym się zaprzeczyć, a stwierdzonym doświadczalnie przez Schenka, Lohmana, von Spee, że przy użyciu przyrządów z ciśnieniem wzmożonem, czy też przy insuflacyi sposobem Auer-Meltzera, nieuniknionem zjawiskiem jest uciśnięcie naczyń włosowatych w płucach, wywołujące wzmożenie ciśnienia w tętnicy płucnej, a zatem nasilenie pracy komory prawej serca. Oprócz tego inni autorzy teoretycznie uzasadniają wyższość przyrządów o typie Sauerbrucha (Willy Meyer i Giertz), w praktyce jednak okazało się, że różnice nie występują tak wybitnie i wartość przyrządów obydwóch typów ze względów praktycznych jest równa, tylko ten lub ów przyrząd może być więcej lub mniej wskazany, ze względu na szczególne w każdym przypadku potrzeby (Küttner, Schmieden, Meyer, Robinson, Körte, Sauerbruch). W moich doświadczeniach, gdzie zależało głównie na tem, aby przy zaszywaniu rany, drążącej do jamy opłucnej, usunąć odmę opłucną przez użycie przyrządu o zróżniczkowanem ciśnieniu, przyrząd Auer-Meltzera nie wywoływał zaburzeń w krążeniu płucnem, mogących dać jakieś stałe jego upośledzenie, raz dlatego, że działanie jego było ograniczone do bardzo krótkiego czasu, po drugie dlatego, że to wzmożone ciśnienie było zawsze bardzo nieznaczne — około 10—15 mm. rtęci; a wiemy z doświadczeń, że dopiero przy znacznie wyższych ciśnieniach występują wyraźnie ujemne skutki działania przyrządów o wzmożonem ciśnieniu (Seidel). — Użycie więc w moich doświadczeniach przyrządu o typie Auer-Meltzera nie może być uważane za szczegół, wprowadzający zmianę w operacyi Sauerbrucha i Brunsa i rozstrzygający o wynikach przezemnie osiągniętych.

Drugą modyfikacyą techniczną było ułożenie zwierząt w czasie operacyi. Sauerbruch i Bruns operowali zwierzęta w ułożeniu na boku — ja, idąc za radą Elsberga, układałem zwierzęta na brzuchu, aby tym sposobem uniknąć zjawiska »falowania śródpiersia« i jego zgubnych skutków. Operując tak, trzymałem zwierzęta w korzystniejszych dla nich warunkach, sama zaś operacya nie była wcale przez to trudniejsza, przeciwnie, dostęp do tętnicy płucnej był bardzo łatwy i światło, wpadając w głąb klatki piersiowej

z boku, znakomicie oświetlało pole operacyjne w głębi rany.

Sauerbruch i Bruns nie wspominają w swej pracy, czy ograniczali się tylko do podwiązania tętnicy płucnej, czy też ją przecinali pomiędzy dwoma podwiązkami: ja, postępując według zasady ogólnie w chirurgii przyjętej, a wprowadzonej przez Abernethyego, podwiązaną dwukrotnie tętnicę przecinałem pomiędzy podwiązkami.

Tyle co do samej techniki operacyjnej.

Co się tyczy przebiegu klinicznego pooperacyjnego, to zauważyć należy, że bywał on zwykle nadspodziewanie dobry, zwłaszcza, o ile uwzględni się zmiany anatomopatologiczne, występujące w płucach po tym zabiegu. Z góry można było spodziewać się, że wykluczając z krążenia tętnicy płucnej jeden płat płuca, nie stworzymy przez to trudnych dla ustroju warunków, wiemy bowiem z doświadczeń Sauerbrucha, że dla dostatecznego utleniania krwi wystarczy $^1/_{10}$ część prawidłowej powierzchni oddechowej; z drugiej zaś strony wiemy, że podwiązanie gałęzi tętnicy płucnej może nie wykluczyć danego płatu ze sprawy utleniania krwi, dzięki połączeniom istniejącym pomiędzy układem małego krążenia, t. j. tętnicą płucną i żyłami płucnemi, a układem krążenia wielkiego, t. j. tętnicami i żyłami oskrzelowemi, zwłaszcza tylnemi. W przypadku przerwania dopływu do płuca krwi z tętnicy płucnej, krążenie utleniające objąć mogą tętnice oskrzelowe, doprowadzające krew do gałązek i naczyń włosowatych tętnicy płucnej, z którą pozostają w ścisłym stosunku anastomotycznym. Podwiązanie gałęzi tętnicy płucnej należy uważać za powiększenie oporu w małem krążeniu; nie odbija się to również ujemnie na ustroju, gdyż zaburzenie to łatwo może się wyrównać, jak to wiemy z doświadczeń Lichtheima, ucznia Cohnheima. Gdy psu, porażonemu kurarą, przy sztucznem oddychaniu i po połączeniu tętnicy i żyły szyjnej z manometrami, całkowicie podwiązano lewą tętnicę płucną, to ani w tętnicy, ani w żyle szyjnej ciśnienie krwi najmniejszej nie uległo zmianie; nawet wykluczenie $^3/_4$ układu tętnicy płucnej pozostawało prawie bez wpływu na ciśnienie tętnicze i żylne. Tłómaczy to Cohnheim w ten sposób, że z chwilą takiego powiększenia oporu w małem krążeniu ciśnienie w pozostałej części płuca wzrasta, rozszerza drożne gałęzie tętnicy płucnej tak znacznie, względnie przyspiesza ruch krwi przez nie tak bardzo, że teraz tasama ilość krwi, która dotychczas przechodziła przez oba płuca, w tymsamym czasie przebiega przez pozostałą część drogi.

(Dokończenie nastąpi).

Spostrzeżenia dotyczące cholery w r. 1915.

Podał

Dr Władysław Dziewoński.

Od początku wojny leczono w szpitalu w Ł. 2413 chorych i rannych, wśród nich 377 chorych na cholerę, u których chorobę tę stwierdzono bakteryologicznie. Nie uwzględniam tu 114 podejrzanych co do cholery, u których tej choroby bakteryologicznie nie stwierdzono. Chorzy na cholerę przybywali do szpitala w dwóch okresach: w jesieni 1914 i w lecie 1915. Do epidemii jesiennej 1914 należało 180 przypadków; przebieg tej epidemii znany jest z publikacyi prof. Bujwida*), tu więc zajmę się tylko epidemią 1915 r., z której do naszego szpitala dostało się 197 przypadków, dotyczących prawie wyłącznie jeńców rosyjskich (172).

*) Wiener mediz. Wochenschrift 1914.

Wszyscy chory byli to ludzie młodzi, a mianowicie:

lat	—20	20—25	25—30	30—35	35—40	40—	Razem
	1	92	46	40	14	4	197

a więc w pełni sił i odporności.

Z nich zachorowało:		przybyło do szpitala:
w maju . .	19	1
w czerwcu .	96	113
w lipcu . .	54	32
w sierpniu .	25	45
we wrześniu	3	6

epidemia więc rozpoczęła się w połowie maja, a zaczęła wygasać w połowie sierpnia, od 12. VIII do 19. IX bowiem przybyło już tylko 8 chorych. Chorzy przybywali do szpitala rychło po zachorowaniu. I tak przybyło: w pierwszym dniu choroby 22, w 2. dniu — 28, w 3. dniu — 45, w 4. dniu — 28, w 5. dniu — 20, w 6. dniu — 15, w 7. dniu — 9, w 8. dniu 5; reszta po dłuższem trwaniu choroby (aż do 14 dni). Przypadki, dostające się do szpitala w późniejszym czasie, były to albo przypadki lekkie (n. p. biegunki), w których chorzy wogóle późno się zgłaszali, z ciężkich zaś takie, gdzie przyczyną późnego przyjęcia do szpitala był szczególny zbieg okoliczności (n. p. odnosi się to do jeńców, wziętych do niewoli już po dłuższem trwaniu choroby). Jeńcy rosyjscy, stanowiący prawie wyłącznie kontyngent naszych chorych w epidemii letniej 1915, pochodzili ze wszystkich niemal gubernii państwa rosyjskiego.

Ze 197 chorych na cholerę nie było innych zmian w ustroju u 156; ciężko rannych było 27, leko rannych 4, u jednego stwierdzono obrzęk śledziony, u 3 nieżyt oskrzeli, u 4 naciek w szczytach płuc, u 1 miażdżycę, u 1 przepuklinę. Oczywiście pomijam tu choroby, powstałe już w przebiegu cholery.

Co do źródła zakażenia, to wypytywano chorych szczegółowo, jaką wodę pili przed zachorowaniem; okazało się, że pili wodę ze źródeł, rzek, stawów i t. p., — pili więc wodę, jaka była; potężne uczucie pragnienia nie da się opanować. Jeden tylko chory podał, że pił wodę przegotowaną.

Tylko od 103 chorych dowiedzieliśmy się, w jakiej miejscowości wystąpiły u nich pierwsze objawy choroby; z pozostałych 94 większość nie znała nazwy miejscowości, z niektórymi zaś nie można się było porozumieć z powodu osłabienia, bezgłosu cholerycznego lub nieprzytomności. Z wyjątkiem 5 miejscowości nastąpiło zachorowanie w różnych miejscowościach Galicyi środkowej; najwięcej zachorowało w okolicy Jarosławia, część w pociągach kolejowych lub innych szpitalach, dokąd dostali się w okresie wylęgania. W żadnym z tych szpitali nie stali się ci chorzy źródłem zakażenia innych chorych, co dowodzi ścisłości w przeprowadzaniu środków ochronnych.

U wszystkich niemal chorych stwierdzono dobrą budowę ogólną i dobre odżywienie, z wyjątkiem 36, z których u 29 było odżywienie złe, u 4 mierne, u 20 budowa wątła.

W razie wyzdrowienia liche odżywienie dzięki dobrej dyecie szybko się poprawiało, przechodząc w dobre i bardzo dobre.

Objawy kliniczne cholery.

Według Jochmanna rozróżniamy klinicznie 4 postacie chory: biegunkę choleryczną, cholerynę, cholerę ciężką (zamartwiczą), piorunującą, nadto t. zw. stan durowaty pocholeryczny (Choleratyphoid).

1) Najlżejszą postacią cholery jest biegunka choleryczna. Chory oddaje kilka (4—10) stolców dziennie, papkowatych, półpłynnych lub wodnistych, ale zawsze kałowo lub żółcią zabarwionych. Prócz lekkich bolów w jelitach i przelewania, złego smaku w ustach, uczucia pragnienia i braku apetytu, żadnych innych objawów, a więc i wymiotów niema.

Ta postać cholery klinicznie niemal nie różni się od ostrego nieżytu jelit, a tylko badaniem bakteryologicznem można ją jako cholerę rozpoznać. Autorowie (Kolle, Hetsch, Koch itd.) zgodnie przyjmują, że przy tej postaci cholery nabłonek jelita nie uległ przez działanie toksyn (lub zdaniem Emmericha kwasu azotawego i azotynów) zniszczeniu i stawia skuteczną tamę przedostaniu się toksyn do limfy i krwi.

2). Cięższą postacią jest choleryna. Prócz wyżej wymienionych objawów występują wymioty (zazwyczaj wpierw biegunka) treścią pokarmową, później wodnistą, zabarwioną żółcią, smaku gorzkiego. Stolce stają się typowymi, ryżowymi. Ciepłota może się z początku podnieść, później opada, tętno staje się szybkie, drobne, kończyny chłodne, pojawia się bolesne ciągnienie w łydkach, do kurczów jednak nie dochodzi; głos staje się bezdźwięczny lub ochrypły (vox cholerica), ilość moczu się zmniejsza, nastaje uczucie ciężkiej niemocy. Stan taki trwa 3—4—5 dni, rzadko dłużej.

Choleryna nie wiele różni się klinicznie od cholery swojskiej i od ostrego nieżytu żołądka i jelit i tylko przez bakteryologiczne zbadanie rozpoznana być może.

Tak biegunka choleryczna, jak i choleryna, kończą się zawsze szczęśliwie; ale określić je jako takie można tylko »post hoc«, gdyż obie mogą przejść w formę trzecią ciężką (dlatego zawsze wskazana jest ostrożność w rokowaniu).

3). Cholera ciężka (cholera algida) daje obraz charakterystyczny, klinicznie łatwy do rozpoznania. Do wyżej wymienionych objawów dołączają się nieraz już w pierwszym dniu objawy niedomogi serca, wywołanej przez zagęszczenie krwi w następstwie wymiotów i biegunki oraz przez działanie toksyn, względnie produktów rozpadowych trujących, a więc spadek ciśnienia krwi, skutkiem tego sinica palców nóg i rąk lub ogólna, spadek ciepłoty (ciało zimne), skóra praczek na palcach rąk i nóg, głos choleryczny aż do bezgłosu, bolesne kurcze w mięśniach łydek, czasem i w innych mięśniach. Ilość moczu zmniejsza się aż do zupełnego bezmoczu. Nastaje ogólna a ciężka niemoc, tak że często chory nie może wstać nawet dla oddania stolców, które szybko stają się ryżowe. Przytomność zwykle utrzymana; chory z początku podniecony, niespokojny, bezsenny, później apatyczny, senny, przed zgonem głęboka śpiączka (coma). W razie zdrowienia wymioty i biegunka ustępują, tętno poprawia się, ciepłota podnosi się.

Cholera ciężka w połowie przypadków rozwija się z pierwszych dwu postaci, w połowie wprost, od pierwszej chwili, lub po czas jakiś (3 dni) trwających objawach zwiastunowych (nudności, dreszczyki, ogólne osłabienie). Jeśli cholera ciężka rozwija się w następstwie biegunki, mówimy wtedy o biegunce zwiastunowej (diarrhoea praemonitoria).

4). Cholera piorunująca (cholera siderans), najcięższa postać, bezwzględnie śmiertelna, ma albo przebieg podobny, jak ciężka, a tem różni się od niej, że w parę godzin wywołuje śmierć, albo też górują objawy zatrucia bez objawów żołądkowo-jelitowych, a wtedy mówimy o cholerze bez biegunki (cholera sicca).

5) Stan durowaty (tyfoid) jest chorobą następową po cholerze, rozwijającą się w 7—10 dni po wystąpieniu pierwszych objawów cholery, gdy już przypady żołądkowo-jelitowe zwolniały lub ustąpiły. Chory przedstawia obraz chorobowy, zupełnie odmienny od cholery. Na pierwszy plan wysuwają się objawy zajęcia świadomości. Gdy w przebiegu cholery chory jest przytomny, a jeśli traci przytomność, to niedługo przed śmiercią, to w stanie durowatym pocholerycznym chory jest albo zupełnie nieprzytomny, albo, co częściej, przytomność jest znacznie przyćmiona: chory ciągle śpi, oddycha wolno i bardzo głęboko (grosse Atmung), gdy go się przebudzi, wnet zasypia w ciągu półprzytomnej lub nieprzytomnej odpowiedzi. Gorączka czasem wysoka, twarz zaczerwieniona, spojówki nastrzykane, tętno silnie napięte, pełne, sinicy nie ma. Niekiedy pojawiają się objawy mocznicy (wymioty, drgawki), niekiedy objawy jakby czerwonki, przyczem stolce są cuchnące, krwawe, ze strzępami obumarłej błony śluzowej. Czasem pojawia się wysypka choleryczna (Choleraexanthem) która również może wystąpić bez stanu durowatego w okresie zdrowienia około 12. dnia.

Stan durowaty jest to stan chorobowy bardzo ciężki, występujący tylko po cholerze ciężkiej, a zazwyczaj kończący się śmiercią.

Różni autorowie różnie ten stan tłómaczą, jedni uważają go za mocznicę, inni za następowe zakażenie mieszane bakteryami jelitowemi. Jochmann uważa go za anafilaktyczny odczyn ustroju skutkiem masowego uwolnienia endotoksyn cholerycznych przez działanie lizyn.

Z 197 chorych stwierdziliśmy: biegunkę choleryczną u 70 (35·5%), cholerynę u 75 (38·07%), cholerę ciężką u 52 (26·5%); cholery piorunującej nie spostrzegaliśmy ani razu.

O ile biegunka choleryczna wyraźnie różni się od choleryny brakiem wymiotów, o tyle pomiędzy choleryną a cholerą właściwą mogą być przejścia. Myśmy rozpoznawali cholerę ciężką w przypadkach z wyraźnymi objawami ze strony krążenia, a więc gdy był zupełny zapad, albo gdy obok sinicy było tętno bardzo liche, wreszcie, gdy były wymioty, biegunka i kurcze obok nieznacznych objawów ze strony serca.

Biegunka choleryczna.

Z chorych na biegunkę 2 miało ponad 40 lat, — 15 wyżej 30 do 40 włącznie, reszta niżej 30 lat. Z nich 3 przybyło w pierwszej dobie choroby, 3 w 14. dobie, z reszty najwięcej w 3—4. dobie. U żadnego z nich nie stwierdzono wymiotów w szpitalu, ani też przed przybyciem do szpitala.

Dzienna ilość stolców zachowywała się rozmaicie.

Najwyższą ilość stolców dziennie (15) stwierdziliśmy u jednego chorego; średnio było 2—3—4 stolców dziennie.

Po jednym stolcu dziennie w początku pobytu w szpitalu stwierdziliśmy u 17 chorych, u których była biegunka przed przyjęciem do szpitala.

Biegunka trwała przez

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	13	13	16	20	? dni
u	2	8	10	15	7	7	6	3	1	1	1	2	1	6 chorych.

Największa ilość wypada na 5 dni. Chory, u którego biegunka trwała 20 dni, miał prócz cholery ranę postrzałową brzucha z przetoką kałową i jeszcze po upływie 20 dni miewał po dwa stolce dziennie. Obydwaj chorzy, u których biegunka miała trwać przez 15 dni, przybyli do szpitala w 14. dniu choroby, (jeden z nich miał mieć stolce krwawe z początku choroby, w szpitalu nie stwierdzono w stolcu prątków czerwonkowych, lecz choleryczne), a w szpitalu trwała jeszcze przez 2 dni. Co do dłużej trwającej biegunki przed przybyciem do szpitala, to mógł to być z początku zwykły nieżyt jelit, do którego później dołączyło się zakażenie choleryczne; wreszcie chorzy ci nie byli poprzednio leczeni, mogła się więc biegunka przedłużać. Te zastrzeżenia dotyczą również 3 chorych, u których biegunka miała trwać przez 10—13 dni

Na mocy powyższego można przyjąć, że biegunka w niepowikłanych przypadkach biegunki cholerycznej trwała u naszych chorych niżej tygodnia.

U 48 chorych były przy pierwszem badaniu stolce płynne, u 3 zbite, u reszty papkowate.

Barwa płynnych stolców była rozmaita; brunatną stwierdzono u 18 chorych, żółtawobrunatną u 7, żółtawą u 12, białożółtą u 1, a ryżowe, bezbarwne stolce u 4.

Im silniejsza biegunka, tem jaśniejszą staje się barwa stolców i tem prędzej dochodzi do ryżowych stolców. W okresie zdrowienia stolce szybko przybierają barwę ciemniejszą, mniej więcej przechodząc przez te odcienie barw w odwrotnym porządku, również stają się coraz gęstsze. Na tę stopniową zmianę barwy stolców w razie zdrowienia pragnąłbym zwrócić tu uwagę, gdyż szczegół ten, jak mi się zdaje, dotąd pomijano.

Bezmocz stwierdzono u jednego chorego w 5. i 6. dniu choroby. W 6. dniu choroby oddał ten chory 11 stolców biało-żółtych. Z 27 chorych, których mocz badano co do białka, stwierdzono białkomocz u 7; białko nie pojawiało się w pierwszym dniu choroby, ale dopiero w następnych.

Najniższą ciepłotę pod pachą stwierdziliśmy 35°, najwyższą 37·5°. U 2 chorych była stale gorączka z powodu ran. W okresie zdrowienia z reguły stwierdzaliśmy ciepłotę 36—37°. U 6 tylko stwierdzono w okresie zdrowienia stany gorączkowe (37·5 - 39·1°), trwające dzień, dwa.

Tętno w biegunce cholerycznej często było zwolnione; najczęściej 50—60; w kilku przypadkach 40, a nawet niżej 40; w innych około 80; 100 stwierdziliśmy tylko u 2 chorych, bezpośrednio po przybyciu do szpitala, jednakże zaraz po ułożeniu w łóżku opadło tętno na 80. Inaczej zachowywało się tętno w cholerze ciężkiej.

W przypadkach niepowikłanych kliniczne wyleczenie biegunki nastąpiło przeważnie przed upływem 2 tygodni.

Choleryna.

Stwierdzono ją u 75 chorych. Z wyjątkiem 5, którzy liczyli wyżej 35 lat, a niżej 40, wszyscy inni liczyli niżej 35 lat, a z nich połowa niżej 25.

W pierwszym dniu choroby przybyło 8, w czternastym —2; najwięcej przybyło w dniu trzecim (17) i drugim (11).

Z 8 chorych, którzy przybyli do szpitala w pierwszej dobie choroby, stwierdzono wymioty w szpitalu u 6, dwaj zaś wymiotowali tylko przed przyjęciem do szpitala przez jeden dzień. Z wszystkich innych chorych, którzy powyżej doby trwania choroby do szpitala przybyli, stwierdzono wymioty u 25.

Ilość wymiotów na dzień nie była znaczna (wyjątek stanowi jeden chory); były też przerwy 1—2-dniowe, a nawet dłuższe, wolne od wymiotów. U wszystkich innych chorych nie stwierdziliśmy wymiotów w szpitalu, ale były one u wszystkich przed przybyciem do szpitala; niejednokrotnie miały być obfite. W szpitalu były wymioty zwykle obfite, występowały często nagle bez poprzednich nudności; wymiociny były zawsze płynne, niekiedy zabarwione żółcią.

Biegunka u 8 chorych, którzy w pierwszej dobie przybyli do szpitala, była lekka lub średniego nasilenia (do 10 stolców dziennie), trwała 1 do 7 dni. często ustępowała (u 4 chorych); to znów widzieliśmy naprzemian biegunkę z zaparciem (3) i stopniowe zmniejszanie się stolców (u jednego).

Z reszty chorych, którzy powyżej jednej doby trwania choroby do szpitala przybyli, nie stwierdzono biegunki u 14, u innych zaś trwała biegunka jeszcze i w szpitalu przez 1 dzień u 16, przez 2 dni u 8, przez 3 dni u 12, przez 4—5 dni u 11, powyżej tygodnia u 4, (najdłużej do 14 dni).

Czas trwania biegunki w cholerynie prawie nie różnił się od czasu trwania jej w biegunce cholerycznej.

Biegunkę wraz z wymiotami, a więc pełny obraz choleryny, stwierdzono w szpitalu u 24 chorych z tych, którzy przybyli do szpitala wyżej 1 doby trwania choroby.

Powrót jelit do zupełnej sprawności odbywał się w następujący sposób: 1) albo biegunka zmniejszała się stopniowo z dnia na dzień, dochodząc do jednego stolca dziennie; 2) albo po biegunce pojawiało się zaparcie, po którem znów biegunka, a po krócej już później trwającem zaparciu powrót do jednego stolca dziennie; 3) albo (rzadko nagle) biegunka ustaje, występuje czas jakiś trwające zaparcie, poczem jeden stolec dziennie.

Barwa stolców była ryżowa u 12 chorych, biało-żółta u 3, żółtawa lub zielonawa u 22, żółto-brunatna u 5, brunatna (czekoladowa) u 13, krwawo-wodnista u 1, przyczem wszystkie te stolce były płynne; stolce mniej lub więcej gęste były u 12 chorych.

Ciepłota zachowywała się podobnie, jak w przebiegu biegunki cholerycznej; średnio stwierdzano pomiędzy 35—36·5°. W okresie zdrowienia utrzymywała się ciepłota średnio na 36·8°. W jednym przypadku była ciepłota wyższa w przebiegu choleryny (37—37·9°), niż w okresie zdrowienia (36·3—36·9°). Prócz białkomoczu, dodatniego odczynu dwuazowego, nie było żadnych powikłań. U 9 chorych stwierdziliśmy w okresie zdrowienia stany podgorączkowe i gorączkowe, dla których badanie przyczyny nie wykazało.

Te podwyższenia ciepłoty, które wystąpiły poniżej 12. dnia trwania choroby, dla których badanie innej przyczyny nie wykazało, należy chyba odnieść do zakażenia cholerycznego. Prócz tych stwierdziliśmy gorączkę u 4 chorych (u 3 po miesiącu trwania choroby, u jednego po 20 dniach), którą mimo ujemnego wyniku badania trudno odnieść do zakażenia cholerycznego, gdyż wystąpiła po zupełnem wyzdrowieniu z cholery, gdy już w stolcu nie było prątków.

Tętno wynosiło najczęściej 60—80; u 10 chorych stwierdziliśmy niżej 50, z nich u 4 stale, u 8 około 50. Liczbę 100 raz stwierdziliśmy. Dzienne różnice pomiędzy rannem a wieczornem tętnem nie przenosiły 10, czasem wynosiły 20.

Mocz badaliśmy co do białka u 29 chorych; stwierdziliśmy białko u 19 chorych, u 8 ilość większą, u reszty mniejszą lub ślad. Białkomocz trwał u 2 chorych (jeden z zapaleniem pęcherza) przez 10 dni, u 6 przez 4 dni, u 2 przez 5 dni, u 1 przez 4 dni, u 6 przez dwa dni. Raz tylko stwierdziliśmy białkomocz w pierwszym dniu choroby, u reszty chorych później (w 4—5. dniu).

Bezmocz, krótko trwający, stwierdziliśmy w 2 przypadkach.

Z innych objawów cholery stwierdzono u 5 chorych lekką sinicę palców, u 7 chrypkę, u jednego ciągnienie w łydkach. U 2 chorych miały być kurcze w łydkach przed przyjściem do szpitala, ponieważ jednak zresztą w szpitalu był przebieg lekki, przeto te przypadki zaliczono do grupy choleryny.

Wyzdrowienie nastawało, w porównaniu z biegunką, naogół nieco później.

Cholerę ciężką

stwierdzono u 52 chorych, z których 22 miało 20—25 lat, 10. 25—30 lat, 11. 30—35 lat, 6. 35—40 lat, 3 powyżej 30 lat. Przeważna część tych chorych przybyła do szpitala w czerwcu (26) i lipcu (13).

W pierwszym dniu choroby przybyło 11, w drugim 10, w trzecim 8, w czwartym 5, w piątym 4, w szóstym 3, w siódmym 2 chorych; u reszty choroba trwała już powyżej tygodnia. W grupie chorych na ciężką cholerę było 21 rannych, 3 chorych równocześnie na inne choroby.

Niepodobna tu przytaczać przebiegu choroby w poszczególnych przypadkach. Wogóle przedstawiał on się rozmaicie. W 2 przypadkach o gwałtownym przebiegu objawy zatrucia miały przewagę nad objawami żołądkowo-jelitowymi.

U 15 chorych nie stwierdziliśmy wymiotów w szpitalu — wszyscy jednak wymiotowali przed przybyciem do szpitala. Z tych 15 przybyło w pierwszym dniu choroby 2, w drugim i trzecim po 3, reszta po upływie 3 dni. U wszystkich innych chorych stwierdziliśmy wymioty.

Wymioty albo pojawiały się codzień (i w nocy), trwały czas jakiś, następnie ustępowały na stałe, albo też po przerwie, trwającej dzień lub dwa, rzadko dłużej, znów się pojawiały, co zawsze oznacza pogorszenie. Najczęściej pojawiały się wymioty odrazu pierwszego dnia choroby, rzadko dopiero w 2—3. dniu trwania biegunki.

Przez ile dni trwały wymioty, nie we wszystkich przypadkach udało się dokładnie stwierdzić. Można było tylko dokładnie stwierdzić ilość dni trwania wymiotów w szpitalu. Najdłużej, 10 dni w szpitalu trwające wymioty stwierdzono u chorego, który przybył 3. dnia choroby (razem 13), 8 dni trwające w szpitalu u 2 chorych, z których jeden

przybył w pierwszej dobie, drugi w niewiadomym dniu choroby (wyzdrowieli); najczęściej trwały wymioty 4—5—6 dni.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dr Stanisław Serkowski: **Epidemiologia i profilaktyka cholery.** Wydanie trzecie, uzupełnione. Warszawa 1915. Stron 307, rycin 24, w tem 3 mapy.

Książka Serkowskiego była widocznie na czasie, skoro nowe wydania jej następują po sobie bardzo szybko. Nie jest to jednak zupełna monografia; takie dzieło bowiem musiałoby mieć znacznie jeszcze większe rozmiary. Natomiast zawiera książka Serkowskiego wcale wyczerpujące zestawienie nowoczesnych poglądów na epidemiologię cholery (w rozdziale II), objaśnione zarysem przebiegu 6 epidemii cholery w Rosyi i Królestwie w latach 1904—1915 (w rozdziale I), dalej w 2 rozdziałach (IV i V) bakteryologię cholery, międzynarodowe urządzenia zapobiegawcze (w rozdziale III), zarys ogólnej profilaktyki (rozdz. VI), ustęp o szczepionkach, w którym omówiono także szczepionki przeciwdurowe i teoretyczne podstawy wakcynoterapii (rozdz. VII), wreszcie zasady dezynfekcyi, nietylko przy cholerze, ale i przy innych chorobach zakaźnych (rozdz. VIII), oraz sprawozdania z prac sanitarnych w Królestwie aż do czasu okupacyi (rozdz. IX, oraz ustępy w innych rozdziałach).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 28 kwietnia 1914 r.

1) Bronowski przedstawił (wraz z rentgenogramem) opracowany przypadek **prawostronnego żebra dodatkowego szyjnego.**

2) Gajkiewicz i Kijewski Fr. przedstawili chorego, **operowanego** z powodu zaburzeń mowy i porażenia kończyny górnej prawej **po urazie czaszki** z lewej strony z wynikiem dodatnim.

3) Higier przedstawił przypadek **ślepoty duchowej** wskutek zakrzepu w prawostronnej tętnicy mózgowej tylnej.

4) Higier przedstawił przypadek **psychozy amnestycznej Korsakowa,** trwającej blizko 20 lat.

5) Sokołowski A.: **O mięsaku pierwotnym płuca oraz parę uwag w sprawie rozpoznawania złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.** Zaznaczywszy rzadkość pierwotnych nowotworów złośliwych płuc, opisuje prelegent przypadek pierwotnego mięsaka, który występuje jeszcze rzadziej, niż raki. Następnie na podstawie 20 własnych przypadków omawia rozpoznanie nowotworów złośliwych płuc i opłucnej. Rozpoznanie bywa nieraz bardzo łatwe (nowotwory w dolnych odcinkach płuc), niekiedy dość trudne (nowotwory, rozwijające się przy wnęce lub wychodzące z oskrzela). Rozpoznanie opierać należy na całokształcie objawów fizycznych i przebiegu; pomagają tu nowoczesne metody: rentgenologia i bronchoskopia. Badanie plwociny wyjątkowo wykrywa komórki raka; obecność laseczników potwierdza rozpoznanie gruzicy, aczkolwiek spotyka się przypadki mieszane (nowotworu i gruźlicy). Opisywanemu przez Lenhartza tłuszczowemu zwyrodnieniu komórek, spotykanych jakoby stale w plwocinie chorych, dotkniętych rakiem płuca, prelegent nie przypisuje większego znaczenia. Dalej omówił S. szczegółowo symptomatologię i objawy przedmiotowe w przebiegu raka płuca, które same przez się nie przedstawiają cech charakterystycznych. Ważne znaczenie przypisuje szybkiemu chudnieniu i upadkowi sił. Niezawsze istnieje brak gorączki, często wystąpuje gorączka stała lub czasowa, nietypowa, zależna od wchłaniania nowotworu lub wtórnych ognisk zapalnych. Prelegent twierdzi, że w tych przypadkach, w których przy jednoczesnym znacznym upadku stanu ogólnego objawy fizyczne ze strony klatki piersiowej, mimo starannego badania, nie mogą naprowadzić na ściślejsze rozpoznanie, należy przypuszczać obecność nowotworu złośliwego. Wreszcie porusza sprawę doszczętnego chirurgicznego leczenia nowotworów płuc, które jedynie we wcześnie rozpoznanych przypadkach może dać pewne pomyślne wyniki.

W dyskusyi zaznacza Kijewski, że rozpoznanie nowotworów płuc nie należy do łatwych zadań, szczególniej, jeżeli sprawa jest na początku swego rozwoju. Stąd też i sprawa leczenia tych guzów pozostawia wiele do życzenia. Niekiedy można otrzymać wyniki dodatnie na drodze operacyjnej i przez stosowanie promieni Roentgena. Resekcyę płuc z powodu nowotworu przedsiębrano w kilkunastu przypadkach, w pierwszych spostrzeżeniach tylko przy nowotworach wtórnych, przechodzących z części otaczających. W 1908 r. w pracy »O resekcyi płuc« zebrał K. 18 przypadków, z których 6 skończyło się niepomyślnie. Spostrzeżenia wykazują, że przy pewnych warunkach wycinanie nowotworów płuc, pomimo wszelkich trudności technicznych, może mieć szanse powodzenia. Spodziewać się też należy, że zabieg ten stosowany będzie częściej. — Doświadczenie uczy, że naświetlanie promieniami Roentgena przynosi korzyść chorym z nowotworami płuc, gdyż następuje bardzo często zmniejszanie się guza, oraz ustąpienie ciężkich objawów. W ostatnich czasach stwierdził K. znaczną poprawę u chorych z nowotworami złośliwymi po stosowaniu dożylnem enzytolu z następczem naświetleniem promieniami Roentgena. We wszystkich przypadkach otrzymywał K. poprawę, w niektórych nawet wybitną; guzy się zmniejszyły, i te, które zaliczono do nienadających się do operowania, można było usuwać.

Tadeusz Borzęcki.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Napilniejsze potrzeby higieniczne ludu polskiego przedstawił Dr K. Chełchowski w wykładzie na I. Zjeździe higienistów polskich we Lwowie w r. 1914. Niedawno świetny ten wykład, ujmujący rzecz z szerszego stanowiska, a owiany gorącem umiłowaniem dobra kraju, wyszedł drukiem (w Nr. 3 »Zdrowia« warszawskiego z r. b.). Wskazując na emigracyę zarobkową, jako znamienny a tragiczny objaw ubożenia ludu, jako groźbę zepchnięcia go na stanowisko jakiejś niższej rasy, jakiegoś »nawozu pod inne ludy i rasy«, przechodzi Dr Chełchowski nader treściwie usterki higieniczne w życiu ludu polskiego, których przyczyną jest nietylko ubóstwo, ale cały szereg rozmaitych, poczęści głęboko w obecnym stanie umysłowości naszego ludu tkwiących czynników. Na przykładach, poczerpniętych z bystrej obserwacyi, wyjaśnia Dr Chełchowski te źródła, a zarazem wskazuje na źródła poprawy. Ze środków praktycznych, wiodących do niej, rozbiera Dr Ch. naprzód środki, należące do ogólnej polityki ekonomicznej: oświatę, podniesienie ekonomiczne, sprawę uregulowania emigracyi, krzewienie pracy zbiorowej (zrzeszeń, organizacyi). Dalej omawia podniesienie skali potrzeb higienicznych ludu, sprawę czystości ciała (ubiór, bielizna, kąpiele), żywienia się (lud nasz żywi się źle przedewszystkiem przez to, że sprzedaje wszystkie pożywniejsze produkta swego gospodarstwa, a następnie z powodu nieumiejętności przyrządzania potraw), mieszkania. W końcu porusza sprawę wychowania ludu do reform higienicznych (przez szkołę ludową) i środków ustawodawczych. Rozprawka Dr Chełchowskiego powinnaby — dziś zwłaszcza, gdy pogorszone przez wojnę stosunki nakazują tem usilniej zająć się i dalszą przyszłością — znaleźć się w rękach każdego polskiego lekarza, pobudzając do gruntownego rozważenia sprawy i do praktycznej pracy społeczno-higienicznej przy każdej sposobności.

C.

Oryginalny pomysł podatkowy lekarza z Jarosławia. Niezbyt dawno pojawiła się w dziennikach pod tym lub podobnym tytułem wiadomość o projekcie podatku od recept, wniesionym przez Dr Salo Rossbergera z Jarosławia wprost do ministeryum skarbu. W najogólniejszym zarysie proponuje kol. R. podatek od jednej recepty w kwocie 5 halerzy, z czego 2 halerze ma płacić lekarz w postaci dwuhalerzowego stempla lekarskiego, aptekarz 2 halerze w postaci dwuhalerzowego stempla aptekarskiego, a odbiorca lekarstwa 1 halerz. Dochód z tego podatku ma prawdopodobnie służyć na zaopatrzenie wdów i sierot po lekarzach, a może i na utworzenie emerytur dla lekarzy. Projektu nie znamy wcale. Samo wciągnięcie pacyenta do współudziału w płaceniu owego podatku spotkało się tu i ówdzie w prasie z krytyką, niekiedy uszczypliwą, dotykającą osobiście Dr Rossbergera.

Dla objaśnienia podać należy kilka faktów, poprzedzających krok Dr Rossbergera. Jak w wielu innych wolnych zawodach, tak i w lekarskim, położenie materyalne jest bardzo często niepomyślne. Poza wybitnemi lub szczęśliwemi jednostkami pracuje jeszcze cały zastęp ludzi tęgich, nie przeciętnych, nie mających jednak dość czasu (przedwczesna śmierć lub choroba), lub sposobności zapewnienia sobie i najbliższej rodzinie znośnych warunków bytu. Wielu z nich często w młodym wieku ulega chorobom zakaźnym, albo nabytym wskutek wykonywania żmudnej praktyki prowincyonalnej. Pozostaje rodzina, zupełnie niezaopatrzona, skazana na najsmutniejsze koleje życia. Te stosunki zmusiły lekarzy do oglądnięcia się na siebie samych. Przed 15 mniejwięcej laty rozpoczęło się zrzeszenie lekarzy pod hasłem poprawy bytu materyalnego, a zwłaszcza zaopatrzenia na starość, jakoteż wdów i sierót. Powstało wówczas w Krakowie Towarzystwo Samopomocy lekarzy Galicyi, Ślązka i Bukowiny. Twórcami byli nieżyjący dziś prof. Dr Jordan, prof. Dr Trzebicky, Dr Langie, Dr Słapa, oraz wielu żyjących, ludzi dzielnych, szlachetnych, nie mogących obojętnem okiem patrzeć na straszny nieraz los swoich kolegów, ich wdów i sierot. Niebawem zrodziła się myśl stworzenia funduszu na zaopatrzenie wdów i sierot po niezamożnych lekarzach, a to w postaci stempla receptowego w wysokości 4 halerzy. Projektodawcą stempla receptowego był Dr Prebendowski z Radziechowa, a popierał go dzielnie Dr Rossberger z Jarosławia. Uwzględniali oni bardzo częste przypadki skrajnej nędzy, gdzie młody lekarz, zadłużony wskutek kosztownych studyów lekarskich, z powodu urządzenia się na kredyt, umierał często w zbyt młodym wieku n. p. na dur plamisty, zanim zdołał pospłacać długi, a cóż dopiero wyrobić sobie praktykę i zabezpieczyć się materyalnie tak, by nie pozostawić w nędzy wdowy i kilkorga drobnych dzieci.

Stempel receptowy miał kosztować, jak wyżej, 4 halerze, a miał go przylepiać lekarz na recepcie na koszt pacyenta. Wychodzono otwarcie i śmiało z tej zasady, że stan lekarski oddaje tyle bezpłatnych lub niemal bezpłatnych usług społeczeństwu, a więc chorym, że nie zubożeje ono, jeśli biedny pacyent »zapłaci« za bezpłatną ordynacyę 4 halerze, a zamożniejszy przyczyni się drobną kwotą do stworzenia owego funduszu. Za ofiary składane epidemiom duru osutkowego, brzusznego, cholery, czerwonki, ospy i wielu innych, jakie naprzemian nawiedzają nasz kraj, chciano w społeczeństwie wzbudzić poczucie obowiązku zaopatrzenia wdów i sierot po poległych bojownikach. Rozumie się samo przez się, że najczęściej przylepiał ten stempel sam lekarz, który w chwilach różowych chętnie przyczyniał się do własnego dzieła, mającego jemu wyłącznie służyć.

Projekt powyższy przyjęto wówczas z niesłychanym zapałem, tak bardzo widocznie odczuwano grozę położenia. Zajął się nim ówczesny prezes »Samopomocy« ś. p. prof. Dr Jordan. To nazwisko starczy za wszystko. Po wielomiesięcznych studyach i obliczeniach ruszył Jordan na czele delegacyi Wydziału »Samopomocy« do Wiednia, gdzie dla myśli zabezpieczenia lekarzy i ich rodzin — teraz już w całej Austryi — zdołał przychylnie usposobić wpływowe w ministeryach osoby. Projekt był na najlepszej drodze; niestety walki stronnictw w parlamencie, obstrukcya za obstrukcyą, pogrzebały wśród wielu innych i ten plan. Czasy takie trwały lata całe, zstąpił potem do grobu Jordan, nie było komu, kiedy i gdzie podjąć na nowo walki o słuszne prawa.

»Samopomoc« przekształciła się niebawem w »Związek krajowy lekarzy Galicyi i W. Ks. Krak.«, który pod tą nazwą mógł przystąpić do Związku centralnego organizacyi lekarskich w Austryi z siedzibą w Wiedniu. I tam przypominano ze strony Związku kraj. lek. niejednokrotnie ów projekt, który na małą skalę wprowadzony samorzutnie w życie u nas, dał Związkowi do dziś dnia czterdzieści tysięcy koron — z owych czterohalerzowych znaczków receptowych — tworzących dziś znany już w kraju fundusz imienia Jordana dla niezaopatrzonych wdów i sierot po lekarzach, członkach »Samopomocy«, względnie Związku. Tym warunkiem chciano pobudzić wszystkich lekarzy w Galicyi do zapisywania się w poczet członków Związku.

Projektu powyższego nie zrozumiano już w Wiedniu, nie zapalano się do niego, bo naszych, a nie tamtych lekarzy, dziesiątkował tymczasem najgroźniejszy ze wszystkich dur osutkowy. My, przedmurze państwa, najwięcej ponosiliśmy ofiar, nic dziwnego, ze u nas zrodził się i błąkał ten plan. Nie minął on jednak bez echa. Za staraniem Izb lekarskich w Austryi zgodził się rząd przed trzema laty na wypłacanie z funduszów publicznych rocznie 50.000 koron Izbom lekarskim na wsparcia dla lekarzy lub ich rodzin, w zamian za bezpłatne przymusowe doniesienia o chorobie zakaźnej. Po wielu zabiegach przyznano Izbie lek. zachodnio-galicyjskiej w Krakowie z owej kwoty 5.000 koron, Izbie lek. wschodnio galicyjskiej we Lwowie 7.000 kor.

Dziś jeden z żyjących wnioskodawców, Dr Salo Rossberger z Jarosławia, człowiek dzielny, energiczny, w chwilach wolnych nie od »zajęć kasynowych«, ale ukradzionych niemal swej ciężkiej pracy zawodowej, podejmuje na nowo myśl, której jest współojcem. Dziś wobec możliwych niemożliwości występuje on ze swym planem, popierany niegdyś przez najwybitniejszych lekarzy, obecnie skromny lekarz z Jarosławia, »oznaczonego na mapie kółkiem z kropką«, pukając wprost do władz centralnych o uregulowanie piekącej sprawy. Giną przecież, zwłaszcza teraz, coraz częściej na dur osutkowy młodzi i starsi koledzy, dzienniki piszą smętne wzmianki, najbliższym zaś pozostaje w upominku — nędza.

Dr Rossberger domaga się w swym projekcie jednego halerza od pacyenta za receptę. Tych recept w bezpłatnej ordynacyi czyto prywatnej, czy szpitalnej lub klinicznej, możnaby rocznie naliczyć w naszym kraju dziesiątki, jeśli nie krocie tysięcy. Czy projekt Dra Rossbergera jest w swych szczegółach i szczególikach trafny i słuszny, nie możemy mówić, gdyż go nie znamy. Lekarzom o to nie chodzi, im zależy na tem, by jak najprędzej załatwiono w odpowiedniej chwili żywotną dla nich sprawę, a do tego zmierzają wznowione usiłowania dzielnego lekarza z Jarosławia. Dr. G. Grzybowski.

W sprawie wynagrodzeń lekarzy okręgowych delegowanych. W »Przeglądzie lekarskim« z d. 1. VII. 1916 Nr 7. podane zostało w całej osnowie pismo Związku lekarzy okręgowych, wysłane przez Izbę lekarską zach.-gal. i za jej poparciem do c. k. Namiestnictwa. Na pismo to nadeszła odpowiedź ze strony c. k. Namiestnictwa, którą również »Przegląd lekarski« podaje.

Na niektóre punkta w tej odpowiedzi należy z całym naciskiem zwrócić uwagę, by sprawa była należycie wyświetloną.

Otóż co do dyet w wysokości 20 koron dziennie za zwalczanie chorób zakaźnych, to, o ile mi wiadomo, tej wysokości dochodzą one tylko przy zwalczaniu cholery, duru plamistego; lekarze okręgowi delegowani nie dostają jednakże takich dyet za zwalczanie epidemii ospy, płonicy, błonicy, duru brzusznego, czerwonki, ale tylko dyety w kwocie 7 koron. Czy lekarze okręgowi delegowani mają prawo domagać się przy tłumieniu takich chorób podwyższenia dyet, o tem lekarze okręgowi drogą urzędową nie zostali powiadomieni; również nie było takiego zawiadomienia o kwotach, asygnowanych przez c. k. Namiestnictwo Starostwom, z którychby lekarze okręgowi mogli otrzymywać zaliczki po przedłożeniu rachunków kosztów podróży. W jednym czy dwu wypadkach zawiadomiono w lutym b. r., iż Starostwo może wyasygnować 250 koron na rachunek szczepień na rok 1916; podano się o tę sumę natychmiast, ale otrzymano ją dopiero 15 maja b. r., kiedy szczepienie było zupełnie skończone. Podnieść należy, że rachunki tak za szczepienie, jak również za tłumienie epidemii, przedkładane są c. k. Starostwom bardzo wcześnie (zaraz po szczepieniu i każdego miesiąca przy tłumieniu epidemii), a że one potem miesiącami zalegają w c. k. Starostwie, toż przecie za to winy lekarze okręgowi ponosić nie mogą. Za szczepienie za r. 1915 otrzymali niektórzy lekarze okręgowi zapłatę dopiero 31. maja 1916, a za tłumienie epidemii, po zupełnem nieraz skreśleniu kilometrowego i poczęści dyet, odebrali lekarze okręgowi należytość za czas do 1. VIII. 1915 również aż w maju b. r., a za sierpień, wrzesień, październik, listopad, grudzień 1915 dotąd nic nie otrzymali. Pracujemy ponad nasze siły, gdyż niektórzy lekarze okręgowi mieli do szczepienia i tłumienia epidemii w r. 1915 nieraz po trzy okręgi; taksamo i w r. b. tłumienie epidemii polecają nam c. k. Władze i w innych okręgach. Ceny za furmanki tak w r. 1915, jak

i w roku bieżącym są bardzo wysokie, gdyż wynoszą za jedną jazdę 16—20 koron, które lekarz okręgowy natychmiast z własnej kieszeni musi płacić. Wypłacane przez c. k. Namiestnictwo ciągle według taksy przedwojennej »kilometrowe« nie pokrywa nawet w połowie kosztów, jakie lekarze okręgowi przy cenach obecnych muszą ponosić za podwody. To też ze swych skromnych dyet w kwocie 7 koron muszą lekarze okręgowi wyrównywać należytości za furmanki. Zważyć zaś należy, że lekarze okręgowi, mając rozjazdy prawie codzienne do innych okręgów i miejscowości, odległych od miejsca zamieszkania, (jeden z lekarzy był zajęty rozjazdami od lutego do września 1915 prawie bez przerwy), stracili na praktyce, znosili trudy i niewygody i za to wszystko musieli jeszcze z własnej kieszeni furmanki opłacać. Nic więc dziwnego, że lekarze okręgowi są tem wszystkiem do głębi poruszeni i że wśród nich panuje zupełnie usprawiedliwione rozgoryczenie, gdyż z jednej strony, poczuwając się do obowiązków obywatelskich, spieszą z ochotą na każde wezwanie do tłumienia epidemii, z drugiej jednak strony mają przecież obowiązek utrzymania siebie i swych rodzin; nadmierna zaś praca i troski materyalne przy obecnych ciężkich bardzo warunkach i drożyźnie niekorzystnie odbijają się na ich siłach i zdrowiu. Dalsze traktowanie lekarzy okręgowych w sposób dotychczasowy może ich w zupełności zrazić do pracy. Pełniąc ją dziś z całem zaparciem się siebie, zasłużyli też lekarze okręgowi raczej na szczególną opiekę Władz, a nie na zarzuty.

Dr Józef Bednarski, lekarz okręgowy w Alwerni.

Oszczędność w używaniu leków zaleciło c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych (Rozporz. z d. 3. maja 1916 L. 2244) wszystkim lekarzom i aptekarzom z powodu wielkiej trudności sprowadzania i wyrobu oraz ogromnego podrożenia. W tym celu wydało Ministerstwo pouczenie, które można otrzymać bezpłatnie z Departamentu sanitarnego c. k. Namiestnictwa. Pouczenie to poleca poniechać używania do lekarstw tłuszczów jadalnych (zwłaszcza sadła i oliwy), zakazuje używać ich do środków kosmetycznych; do maści należy używać waseliny; lawatywy oliwne należy zastąpić mydlanemi. Zamiast środków przeczyszczających zagranicznych (ol. rącznikowy, kaskara, aloes, senes, rzewień chiński), należy używać soli i wód gorzkich, fenolftaleiny, kruszyny (cortex frangulae), rzewnia krajowego. Z alkaloidów należy oszczędzać kofeiny i chininy; alkaloidy makowca bardzo podrożały. Skrobię (mączkę pszeniczną, ryżową i t. p.) należy w zasypkach zastępować łojkiem (talcum). Gorzknik (hydrastis) zastępować należy syntetyczną hydrastyniną i sporyszem. Zamiast wymiotnicy (ipecacuanha) należy używać kory kwilaji i t. p. Kamforę należy stosować tylko jako środek wewnętrzny i do wstrzykiwań, usunąć zaś z użytku zewnętrznego (wcierań). Nie należy też używać siemienia lnianego do okładów i t. p. Zamiast balsamu peruwiańskiego należy stosować inne środki (ichtyanat, maść Wilkinsona dziegciową i t. p.). Z chemikaliów należy szczególnie oszczędzać kwasu borowego i cytrynowego i soli bizmutowych, dalej alkoholu, eteru, chloranu potasowego, jodu, kwasu azotowego i jego związków, siarki. Jaknajwiększej oszczędności wymaga stosowanie bawełny (waty, opasek), kauczuku (ceratki zastępować batystem Billrotha, papierem woskowym, sączki — rurkami szklanemi lub gazą i t. d.). — Wreszcie zaleca się oszczędzanie metali (narzędzi nie niklować i t. p.). — W receptach zapisywać tylko bezwzględnie konieczne ilości leków, nie za duże. r.

†

Dr Władysław Reiss

profesor dermatologii w Uniwersytecie Jagiellońskim, zmarł nagle w Krakowie w d. 28. lipca 1916.

Życiorys zmarłego podamy w jednym z następnych zeszytów.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dnia 7. lipca b. r. ukończyła »Gazeta lekarska« swoje pierwsze pięćdziesięciolecie. Rocznicę tę upamiętniła »Gazeta« wydaniem wspaniałego zeszytu, zawierającego oprócz dwunastu artykułów oryginalnych podniosłe słowo wstępne od Redakcyi, oraz zarys historyi czasopisma. Dzieje »Gazety lekarskiej« skreślił w »Przeglądzie lekarskim« (w zeszycie jubileuszowym w r. 1911) prof. Dr Wrzosek. Tytuły prac oryginalnych, zawartych w tegorocznym pamiątkowym zeszycie »Gazety«, podajemy w zwykłej rubryce.

Jubileusz »Gazety lekarskiej« przyniósł zmianę w zewnętrznej szacie wydawnictwa; format znacznie zwiększony zbliża się do formatu naszego pisma, zeszyt pamiątkowy oznaczono zaś jako Nr 1. i 2. tomu I. seryi III.

— Radnymi miasta Warszawy zostali wybrani z kuryi lekarskiej: Dr K. Chełchowski i W. Chodźko, oraz aptekarz J. Rutkowski; nadto weszli do Rady z innych kuryi lekarze: J. Zawadzki, L. Babiński, B. Pręgowski (I), A. Rząd (II), J. Mutermilch (IV), S. Goldflam (V), J. Reszal (VI). Prezesem Rady miejskiej mianowany został rektor Dr Józef Brudziński.

— Otrzymaliśmy wydane w r. 1915 i 1916 zeszyty »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego«, oraz wydany niedawno, a wzorowo pod redakcyą Dr T. Borzęckiego opracowany »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1913«.

— Nagrodę im. Pląskowskiego otrzymał Dr Maurycy Bornstein.

— Zmarł w Warszawie w 83 r. ż. Julian Jankowski, przez lat 58 sekretarz kancelaryi Towarzystwa lekarskiego.

Z różnych stron. Z Genewy donoszą do dzienników polskich: Z powodu ustąpienia z katedry profesorskiej w uniwersytecie genewskim sędziwego profesora Zygmunta Laskowskiego, urządzili przebywający w Szwajcaryi Polacy uroczyste zebranie ku uczczeniu jubilata. Czas wojenny uniemożliwił przyjazd przedstawicieli polskich instytucyi naukowych, które musiały się jedynie ograniczyć do wysłania telegramów gratulacyjnych. Zebraniu przewodniczył adwokat Osuchowski i pierwszy z licznego szeregu mowców podniósł zasługi uczonego. Po nim przemawiali pp.: Claparède, Privat, Rey, Estreicher, Potulicki, ks. Gralewski, Orłowski, Bartoszewicz, Kucharzewski, Ratyński, Szuster, Kluczyński i K. Żmigrodzki, dyrektor muzeum polskiego z Rapperswilu. Po przemówieniach wręczono profesorowi Laskowskiemu adres, pendzla artysty malarza E. Dąbrowy. Jubilat, wzruszony uroczystością, dziękował zebranym dłuższem przemówieniem. Program zebrania zakończyła część artystyczna. W uroczystości wzięło udział liczne grono osób z kolonii polskiej w Genewie, nadto przedstawiciele kolonii polskich z Lozanny, Morges, Vevey, Rapperswilu i Berna szwajcarskiego. Jako trwałą

pamiątkę uroczystości ufundowano stypendyum im. Laskowskiego dla Polaków, kształcących się w uniwersytecie genewskim.— Uroczystość ta odbyła się niezależnie od uroczystości, jaką dla prof. Laskowskiego urządził Uniwersytet genewski, który oprócz tego mianował prof. Laskowskiego honorowym doktorem Wydziału przyrodniczego.

Zmarli: w Niemczech internista prof. A. Fraenkel, chirurg i stomatolog prof. Busch (Berlin), dermatolog prof. Lang (Wiedeń); w Anglii ginekolog prof. Russell (Edynburg); we Francyi ginekolog prof. Delore (Lyon), słynny bakteryolog prof. Miecznikow (Paryż).

Dr Jozafat Nowacki, lekarz miejski w Ząbkowicach, gorliwy i zasłużony działacz społeczny; Dr Feliks Arnstein, autor licznych prac oryginalnych, w Otwocku w 67 r. ż.

Redakcya otrzymała: Z. Wachtel: 1) Aortitis luetica a atherosis aortae. Kraków 1916. stron 47. 2) Zur Frage der Benzoltherapie der Leukämie. (Deut. m. Woch. 1913). — Czubalski: Chemiczne podniety nerwów. Kraków 1916. str. 23. — Janiszewski: O odżywianiu się krakowskiej pracującej ludności. (1916) str. 10. — Nowaczyński: Wrzód dwunastnicy. Kraków 1916, str. 81. — Scharf, Sokołowska i Gieszczykiewicz: Über die Serumbehandlung der Ruhr. (Med. Klinik 1916, 6). — Gieszczykiewicz: 1) Über Coli- Mit- u. Paragglutination. (Centrbl. f. Bakt. 1916). 2) Beiträge zur Kenntniss der Säureagglutination. (Zeits. f. Immun. 1916).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium 1916. Zesz. 7. (J. F. Lehmann). Cena 2·75 Mk.

Lipcowy zeszyt zawiera rozprawy prof. W. Stoeckla p. t. »Zagadnienia położnicze«, prof. A. Martina »O postępach ginekologii« i prof. O. Hoehnego »O zapaleniu pochwy, wywołanem przez rzęsistki (trichomonas)«. Prof. Stoeckel porusza w swej rozprawie zajmujące zagadnienia w rozdziałach p. t. »Wojna a ginekologia«, oraz »Spadek liczby urodzin a polityka ludnościowa«. r.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w Lipcu 1915.

Gazeta lekarska. Rok LI. Nr 1—2 (jubileuszowy): Starkiewicz: Od Redakcyi. — Peszke: 1866—1916. — Bronowski: Kilka myśli o walce ustroju ludzkiego z czynnikami zakaźnymi.— Dębiński: Stwardnienie płuca włókniste wieloogniskowe doświadczalne. — Jaworski: Z biologii nowotworów. — Karwacki: Próby leczenia gorączki powrotnej. — Kryński: Przyczynek do leczenia operacyjnego zwichnień wrodzonych w stawie biodrowym u dorosłych. — Pawiński: Wązkość aorty i zrost osierdzia. — Pruszyński: O działaniu jadu tężcowego na układ krwionośny.— Puławski: Przyczynek do etyologii choroby Basedowa. — Rzętkowski: O udziale czerwonych krążków krwi w przemianie białka. — Serkowski: Próba peptonowa w mleku. — Sławiński: Zapalenie ostre ograniczone kiszki grubej. — Sokołowski: Parę uwag o charakterze ostrego zapalenia płuc w czasie obecnej wojny.

Nr 3—4: Jan Pieniążek: Prof. Przemysław Pieniążek (wspomnienie pośmiertne) (3). — Salutryński: Prosty sposób leczenia złamań uda. (3). — Heryng: Ropne zapalenie ucha środkowego. Martwica młotka. (4). — Mikulski: Stosunek umysłowo chorych do bezpośrednio postrzeganych wypadków wojennych. (4).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 28.: Biehler Matylda: Ogólne podstawy racyonalnego żywienia dzieci (28). — Sterling Wł. (dok. 28).

Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego:

1914: Nowicki: Otwór górny klatki piersiowej w świetle badań anatomicznych i stosunek jego do gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego.

1915: Simchowicz: O zmianach histologicznych w układzie nerwowym w doświadczalnie wywołanem zatruciu tyreoidynowem.

1916: Zesz. 1.: Chełchowski: Klęskowe lata na ziemiach polskich (1846—1855).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LV. Kraków, 15. sierpnia 1916. Nr 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

†

PROFESOR WŁADYSŁAW REISS.

Znowu ubył z naszego grona jeden, po którym pozostanie w sercach naszych wspomnienie nietylko dzielnego lekarza i zasłużonego uczonego, ale i sympatycznego, ogólnie szanowanego i kochanego Kolegi. Przez śmierć prof. Reissa ponosi w pierwszym rzędzie Uniwersytet krakowski i nauka polska ciężką stratę; z zastępu wybitnych dermatologów ubył zamiłowany w swoim zawodzie specyalista, który w szeregu publikacyi poruszał różne tematy z zakresu tego działu nauki lekarskiej.

Władysław Reiss urodził się 17 marca 1866 we Lwowie, gdzie uczęszczał do szkoły średniej, w której był zawsze uczniem celującym. W r. 1884 przybył na Uniwersytet Jagielloński, gdzie uczęszczał na wydział lekarski. Po uzyskaniu w r. 1890 stopnia doktora medycyny udał się na dalsze studya do Wiednia, gdzie pracował już w obranym przez siebie dziale w klinice dermatologicznej prof. Kaposiego. Obok tego słuchał różnych kursów w celu uzupełnienia wykształcenia uniwersyteckiego i pracował w pracowni chemii lekarskiej prof. Freunda, skąd wyszła pierwsza jego gruntowna praca, jako szczęśliwa zapowiedź szeregu późniejszych publikacyi. Z Wiednia udał się do innych klinik, przedewszystkiem prof. Neissera we Wrocławiu, a dla poznania i innych szkół lekarskich do Paryża, gdzie przebywał kilka miesięcy w klinice prof. Fourniera i na oddziale Besniera. Krótkim pobytem w Londynie uzupełnił poznanie światowych klinik i zdobywszy duży zasób wiedzy w swym specyalnym dziale, został asystentem (1893) kliniki dermatologicznej w Krakowie, pozostającej wówczas pod kierunkiem prof. Antoniego Rosnera. W niespełna trzy lata, po szeregu sumiennych prac, dowodzących wykształcenia w różnych kierunkach naukowych, habilitował się w Krakowie, a kiedy w parę miesięcy potem opróżniła się przez śmierć prof. Rosnera katedra chorób skórnych i wenerycznych, Wydział lekarski oddał Mu kierownictwo kliniki i powierzył wykłady. Po dwóch latach tymczasowego prowadzenia został mianowany w r. 1898 profesorem nadzwyczajnym, a w kilka lat później profesorem zwyczajnym tejże kliniki; na tem stanowisku pozostawał aż do dnia śmierci, która wydarła Go niespodziewanie z naszych szeregów w sile wieku, na szczycie działalności profesorskiej i naukowej.

Wydział lekarski, w którym zyskał wkrótce sympatyę i zaufanie Kolegów, wybrał prof. Reissa w r. szk. 1911/12 dziekanem; obowiązki, z tą godnością związane, spełniał jak zawsze, kiedy się do czegoś zobowiązał, z całą sumiennością i gorliwością.

Niosąc wysoko sztandar godności profesorskiej, przejęty był gorącą troską o wykłady, których pilnował z nadzwyczajną punktualnością, — zawsze z tą myślą, aby uczniowie Jego odnosili z nich jak największą korzyść, aby wychodzili z Uniwersytetu z jak największym zasobem wiadomości wykładanego przedmiotu. Z wielką gorliwością gromadził materyał kliniczny do każdego wykładu, a doświadczenia swoje i różnych autorów starał się przedstawiać uczniom, aby ich zapoznać z najnowszemi zdobyczami nauki. To też wykłady prof. Reissa należały do najwięcej uczęszczanych, bo słuchacze umieli ocenić pracę Jego w tym kierunku i wiedzieli, że z wykładów odnoszą rzeczywistą korzyść.

Obok tego poświęcał wiele czasu na poznawanie najnowszych prac całego świata piszącego w Jego specyalności, — na prace naukowe kliniczne i laboratoryjne, które jednały Mu imię znanego dermatologa i bogaciły nasz polski dorobek naukowy.

Jako klinicysta odznaczał się przedewszystkiem wielkiem zamiłowaniem swego zawodu, zdolnościami rozpoznawczemi, obok wielkiego doświadczenia i ogromnej pamięci rzeczy, poznanych osobistem spostrzeżeniem lub z literatury. Nie uprzedzający się, wysłuchał prof. Reiss zawsze zdania nawet młodszych w zawodzie kolegów, udowadniając w dyskusyi, że Go oko doświadczonego klinicysty nie zawodziło.

Jeden z najczynniejszych członków Towarzystwa lekarskiego, zabierał niejednokrotnie głos, czy przemawiając na temat najnowszych zdobyczy wiedzy w zakresie dermatologii, czy pokazując chorych, lub też zabierając głos w dyskusyi, wyjaśniając nasuwające się zagadnienia na podstawie wielkiej swej erudycyi i nabytego przez lata doświadczenia. Towarzystwo lekarskie chciało Go wybrać prezesem, ale bronił się przeciwko temu, bo nie dążył nigdy do zaszczytów i godności, a wolał pracować cicho dla nauki i swoich uczniów. Wiadomo, jakim był znawcą swej specyalności, kształcąc się ciągle czytaniem i pracą w klinice, odwiedzając z prawdziwem zamiłowaniem zjazdy fachowe; z tych zjazdów, wiedząc dużo i oryentując się łatwo w demonstracyach, przywoził nowy zasób spostrzeżeń i wiadomości, któremi dzielił się z kolegami w klinice, umiejąc zachęcić ich do pracy naukowej. Tą myślą kształcenia przejęty, założył w r. 1903 Towarzystwo dermatologiczne, którego był długoletnim prezesem. Demonstracyami swemi ożywiał najczęściej posiedzenia, a kierując dyskusyą, umiał ją zawsze zwrócić na właściwe tory.

A obok swej pracy zawodowej, naukowej i profesorskiej znajdował jeszcze czas na zaspokajanie swych zamiłowań w sztuce, którą umiał prawdziwie popierać. Każda nowa wystawa w Towarzystwie sztuk pięknych sprawiała Mu przyjemność, na biurku obok najnowszych zdobyczy w Jego specyalności leżały najnowsze utwory literatury pięknej, które lubiał z przyjaciółmi omawiać, zachwycając się zawsze dziełami sztuki. Zamiłowania Jego w tym kierunku wybiegały w dal, lubiał poznawać nowe światy, przyrodę, nowych ludzi.

Węzłami przyjaźni złączony, miałem często sposobność poznawać bliżej i głąb Jego duszy. Ileż w niej znaleźć można było pobłażliwości dla bliźnich, jak bywał uczynnym dla każdego, nawet obcego sobie, bo z prawdziwem zadowoleniem wyświadczał przysługę! Nie odmawiał nigdy prośbom o poparcie; umiał być rozrzutnym w ponoszeniu trudu, gdy chodziło o wstawiennictwo w dobrej sprawie, gdy miał wspomódz biedę. A mając przy boku swym towarzyszkę życia, która nietylko nie umie przejść koło biedy, nie podawszy jej ręki, ale umie tę biedę wyszukać i wesprzeć, — potrafił zawsze wspomagać cicho i bez rozgłosu, dawać hojnie na różne cele, gdy obowiązek obywatelski lub serce o to wołały.

Cześć Jego pamięci, która trwać będzie długo w naszych sercach.

Fr. Krzyształowicz.

Spis prac naukowych.

Beitrag zur Pathogenese der Verbrennung. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893.

Kilka uwag o związku przyczynowym uwiądu rdzenia z kiłą. Przegl. lek. 1894.

O stosunku anatomicznym lichen ruber do pityriasis rubra pilaris. Przegl. lek. 1895.

Biologia ziarniaków Neissera. Przegl. lek. 1895.

Ein Fall primärer Syphilis der Conjunctiva. Arch. f. Derm. u. Syph. 1895.

Über die im Verlaufe der Syphilis vorkommenden Blutveränderungen im Bezug auf die Therapie. Arch. f. Derm. u. Syph. 1895.

Fizyologiczne i kliniczne badania przewiewu skóry. Kraków 1896. (praca habilitacyjna).

O neurozach skóry. Przegl. lek. 1896.

O zaniku skóry w przebiegu xeroderma pigmentosum. Przegl. lek. 1898.

Recherches physiologiques sur la perspiration insensible de la peau. Annal d. derm. et syph. 1898.

O chorobie Dariera. Pamiętnik ku czci prof. Korczyńskiego 1900.

O rozwoju naskórka w życiu płodowem z szczególnem uwzględnieniem warstwy Malpighiego. Rozpr. Akademii umiej. w Krakowie 1899—1900.

Zwei Fälle seltener Lokalisation syphilitischer Primäraffekte. Wien. klin. Presse 1901.

Über multiple spontane Keloide. Arch. f. Derm. u. Syph. 1901.

Über die Haltbarkeit des Begriffes primäre Syphilis als rein lokale Affektion. Arch. f. Derm. u. Syph. 1601.

Über Urticaria pigmentosa perstans. Arch. f. Derm. und Syph. 1903.

Über atrophische Formen d. Lichen ruber atrophicus. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1904.

Przyczynek do leczenia zwężeń cewki moczowej zapomocą elektrolizy. Przegl. lek. 1905.

O wieloogniskowym mleczotoku części rodnych zewnętrznych. Przegl. lek. 1906, po niemiecku: Arch. f. Derm. u. Syph. 1907.

z Krzyształowiczem: O znaczeniu leczniczem arsenobenzolu. Przegl. lek. 1911, po niemiecku: Wien. klin. Woch. 1911.

Beitrag zur Kenntnis der bei Quecksilberbehandlung vorkommenden Cylindrurie. Arch. f. Derm. 1912, po polsku: Przegl. lek. 1911.

O najważniejszych wskazaniach leczniczych w przebiegu wiewióra ostrego i przyostrego. Przegl. lek. 1916.

Badania substancyi jodofilnej w leukocytach ropy wiewiórowej (w rękopisie; praca oddana do druku na krótko przed zgonem).

O wczesnem rozpoznaniu porażenia postępującego

napisał

Aleksander Piotrowski (Berlin).

W roku 1914 ogłosił M. Nonne w »Neurologisches Centralblatt« (Nr. 18) krótką rozprawę kliniczno-anatomiczną o wczesnem rozpoznaniu porażenia postępującego.

Chory, zarażony przed 11 laty kiłą, miał różne dolegliwości neurasteniczne i był przygnębiony. Badanie nie wykazało żadnych organicznych objawów chorobowych. Podczas sześciotygodniowej obserwacyi nie zauważono u chorego żadnych zboczeń umysłowych.

Badanie chemiczne, mikroskopowe i serologiczne surowicy krwi i płynu mózgowordzeniowego dało wyniki następujące: 1) Odczyn Nonne-Apelta (faza I) ++, 2) limfocytoza 33/3, 3) odczyn Wassermanna w surowicy krwi+++, 4) odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym+++ (0·2-1·0 cm).

Wobec dodatniego wyniku »czterech odczynów« orzekł Nonne, że chory znajduje się w okresie początkowym porażenia postępującego. Sekcya zwłok — chory odebrał sobie życie — potwierdziła to rozpoznanie.

Przypadek Nonnego wykazuje jasno doniosłość »czterech odczynów«. Pomimo braku klinicznych objawów chorobowych, Nonne wcześnie rozpoznał cierpienie na mocy wyniku badań laboratoryjnych. Nie ulega wątpliwości, że główną rolę przy tem odgrywał odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym.

Odczyn ten dał pożądane wyjaśnienie również w przypadkach, które poniżej opiszę. Pierwszy przypadek ma znaczenie sądowe i zasługuje z tego powodu na szczególną uwagę; na życzenie sądu wojennego referowałem o nim. Orzeczenie podaję poniżej w całości.

Wedle aktu oskarżenia M. W., szeregowiec obrony krajowej, 33-letni, zawinił w dniu 11 sierpnia 1915 r. podczas służby nieposłuszeństwem w obecności innych żołnierzy, albowiem odezwawszy się szorstkim głosem do lekarza sztabowego: »Żadna świnia nie uwierzy, że jestem zdrów«, nie usłuchał rozkazu, że się ma oddalić, ale przybrał postawę wyzywającą i bez uszanowania. Aresztowany, rzucał się i udawał waryata.

Podczas dochodzeń sądowych W... wypierał się wszystkiego i twierdził, że nie przypomina sobie szczegółów tego zajścia, ponieważ wskutek silnego bólu był wzburzony i nieprzytomny. Wynik dochodzeń sądowych był ten, że winowajcę oddano pod obserwacyę psychiatryczną.

W... opisał zajście z lekarzem w sposób następujący: »Dnia 10. sierpnia 1915 opuściłem lazaret w Tr... i udałem się do koszar. Na drugi dzień przedstawiłem się lekarzowi, oddając mu świadectwo z lazaretu. Lekarz kazał mi pójść do służby. »To jest wykluczone« odpowiedziałem.

Wtedy lekarz rozkazał, ażebym się oddalił i powtórzył rozkaz, gdy nie wyszedłem. Powiedziałem, że wyjdę, ale do służby pójść nie mogę, bo mam tak szalony ból, że żadna świnia by go nie wytrzymała. Temi słowy czuł się lekarz obrażony i począł wymyślać. Nie mogąc swobodnie stąpać, oddalałem się powoli. Widząc to podoficer, rzekł do mnie, że onby mnie ogładził, gdyby mnie miał pod swoją komendą. Tak mnie wszyscy drażnili, że dostałem »napadu«; potem mnie zamknęli w areszcie i stamtąd przeprowadzili do zakładu«.

W r. 1905 chorował W. na zapalenie jąder, ale choroby płciowej »nie miał«, bo »nigdy nie spółkował«. Dawniej był zdrów i czerstwy.

Służył od r. 1902 — 1904 przy wojsku jako piekarz. D. 3/VIII. 1914 r. został ponownie zaciągnięty; walczył najprzód

w Belgii, potem na wschodzie. Tam zachorował na nerki i pęcherz. Po chorobie pełnił służbę w garnizonie. Na Boże Narodzenie ponownie zachorował. Trapiony gorączką wypił za 50 fen. rumu. Ponieważ oddawał mocz z krwią, odesłano go do lazaretu w S. Tu miał zatrzymanie moczu i cierpiał wiele z tego powodu; ból nie ustawał. Po Nowym Roku przyłączyło się zapalenie jąder; wskutek tej choroby pozostał W. w lazarecie do kwietnia 1915., potem do czerwca pełnił służbę. D. 13/VI. 1915 znowu zachorował na zatrzymanie moczu; miał szalony ból, zawrót głowy i zemdlał.

W aktach sprawy zapisano, że W. był w lazaretach w M., w H., w T. i w Tr. leczono go na zapalenie nerek, na nieżyt żołądka, na neurastenię i na histero-hipochondryę.

Badanie wstępne chorego dało wynik następujący: Wejrzenie zamroczone, brwi ściągnięte, wyraz twarzy zagniewany, humor zły. Odruch źreniczny prawidłowy. Tętno 100. Pierwszy ton u końca serca chropowaty, drugi ton tętnicy głównej dobitny. Powierzchnia ciała jest przeczulona. Odruchy wzmożone. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru. Odczynu Wassermanna w surowicy krwi niema.

Podczas pobytu swojego w lazarecie chory zachowuje się zmiennie, bywa zwykle przystępny, uprzejmy, niekiedy jednak w złem usposobieniu; na zapytania wtenczas wcale nie odpowiada. Ma różne dolegliwości hipochondryczne; skarży się na zatwardzenie i żąda w nocy lewatywy; nie przyjmuje pokarmu, utrzymując, że nie może jeść, że jedzenie jest zatrute. Mniema, że nie przetrzymałby »drugiego takiego napadu« i że wolałby skończyć, aniżeli dłużej tak cierpieć. Wyprasza sobie »słowa szydercze i obelżywe«. Utrzymuje, że rodzice jego się smucą, iż obcował z kobietą. Na wspomnienie, że dawniej wypierał się spółkowania, odpowiada, że o tem nic nie wie. Na pytanie, czy słyszy tajemnicze głosy, odpowiada przecząco. W ogólności jednakże jest zadowolony, wesoły, i zapewnia, że jest szczęśliwy, że wiedzie mu się doskonale, że ludzie są bardzo dobrzy. Opiekuje się troskliwie towarzyszem niedoli, zniedołężniałym staruszkiem.

Badanie końcowe dało wynik następujący: Mężczyzna dużego wzrostu, silnie zbudowany; zdolności ruchowe prawidłowe, tak samo wrażliwość skóry.

Ręce trzęsą się, lewa więcej, aniżeli prawa. Odruchy prawidłowe. Narządy oddechowe i pokarmowe bez zmian. Serce nie jest powiększone, tony sercowe są głośne i wyraźne, pierwszy ton u końca serca nieco rozdwojony. Tętno regularne 90. Mocz nie zawiera ani białka ani cukru. Płyn mózgowordzeniowy: 1.) jest czysty i przeźroczysty, 2.) podczas gotowania pozostaje bez zmiany, 3.) odczyn Nonne-Apelta (faza I) — 0, 4.) odczyn Wassermanna (0·1 cm^3) +.

Badanie inteligencyi nie wykazuje żadnych zboczeń umysłowych. Chory jest doskonale poinformowany o czasie, o miejscu i o celu swego pobytu w zakładzie. Pamięć jego nie jest osłabiona, uwaga bierna i czynna ożywiona; chory pojmuje z łatwością wszystko, co się od niego żąda, o ile wymagania są przystosowane do jego poziomu umysłowego. Wiadomości, jakich nabył w szkole, są dostateczne; sąd o rzeczach i wydarzeniach z życia codziennego rozumny. Chory kombinuje szybko i trafnie i kojarzy bez długiego namyślania się: zachowanie się jego jest poprawne, rozsądne, spokojne; usposobienie jest nieco przygnębione z powodu niepewnego położenia. Chory jest posłuszny i skory do pomocy.

Orzeczenie. W... jest na pozór człowiekiem zdrowym na ciele i na duszy. Zachowanie się jego podczas obserwacyi nie jest atoli zrównoważone i sprawia niekiedy wrażenie, jakoby W... udawał. Okazuje się jednakże, że przypuszczenie to jest złudzeniem, albowiem odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym jest dodatni, i to przy użyciu drobnej ilości (0.1 cm^3) płynu.

Dodatni odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym oznacza, że W... przed laty był zarażony kiłą; wskutek tej choroby ucierpiał układ nerwowy ośrodkowy, mianowicie mózg. W... jest zatem człowiekiem chorym, cierpiącym na chorobę mózgu. Tem się tłómaczą jego wybryki i przewrotne postępowanie. Nieprawidłowości psychiczne w związku z dodatnim odczynem Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym wskazują na to, że chory znajduje się w okresie początkowym porażenia postępującego (paralysis progressiva incipiens) i że cierpi na chorobę umysłową. Dlatego nie jest odpowiedzialnym za czyny swoje. Można napewno orzec, że W... już w d. 11/VIII 1915 był chory i że znajdował się wówczas w stanie zboczenia umysłowego, wykluczającego wolną wolę. Z tego powodu przysługuje mu dobrodziejstwo § 51 kodeksu karnego.

Epikryza. W..., po kilkumiesięcznym pobycie w lazarecie, wraca do koszar i w pierwszej zaraz chwili ściera się z przełożonym. Wskutek tego dostaje się pod obserwacyę psychiatryczną. Badanie nie wykazuje żadnych objawów chorobowych. Odczynu Wassermanna w surowicy krwi niema. Chory wypiera się zakażenia płciowego. Stan inteligencyi jest zupełnie zadowalniający. Zachowanie się chorego jest z początku poprawne, spokojne, rozsądne. Później następuje zmiana; chory jest niecierpliwy i niezadowolony i skarży się na dolegliwości neurasteniczne. Niekiedy postępowanie jego sprawia wrażenie, jakby udawał chorobę. Przypuszczenie to byłoby zrozumiałe, gdyby nie znano właściwości płynu mózgowordzeniowego. Atoli dodatni odczyn Wassermanna w tym płynie wyjaśnia rzecz. Wskutek tego odczynu uznaje się, że chory ma porażenie postępujące i że z tego powodu podpada pod § 51 kodeksu karnego.

Czy orzeczenie to jest prawidłowe?

Dodatni odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym oznacza najprzód to, że układ nerwowy ośrodkowy jest uszkodzony kiłą, nie mówi jednakże nic o rodzaju choroby i dopiero jego zespół z innymi objawami tworzy jednolity obraz chorobowy o pewnym charakterze. Oprócz dodatniego odczynu Wassermanna nie ma innych odczynów w płynie mózgowordzeniowym chorego. (Pleocytozy nie wykonano, ponieważ płyn przez nieostrożność został wylany),

Nonne w swoim przypadku rozpoznał porażenie postępujące, opierając się na dodatnim wyniku »czterech odczynów« (Nonne-Apelt, pleocytoza, odczyn Wassermanna w surowicy krwi i w płynie mózgowo rdzeniowym).

W przypadku powyżej opisanym tak licznych objawów w płynie mózgowordzeniowym niema. Istnieje tylko dodatni odczyn Wassermanna, objawiający się atoli w bardzo drobnej ilości (0.1 cm^3) płynu. Ten objaw należy uważać jako właściwy porażeniu postępującemu, albowiem w nader przeważającej liczbie przypadków porażenia postępującego odczyn Wassermanna występuje przy użyciu drobnej ilości płynu mózgowordzeniowego (0.2 cm^3) [1]).

Natomiast w przypadkach kiły mózgowordzeniowej i wiądu rdzenia dodatni odczyn Wassermanna objawia się dopiero przy użyciu większych ilości płynu mózgowordzeniowego (0.3, 0.4 i 1.0 cm) [2]).

Wiadomo, że w płynie mózgowordzeniowym u chorych na kiłę mózgowordzeniową, albo u dotkniętych zmianami kiłowemi naczyń krwionośnych w mózgu, często niema objawów odczynu Wassermanna, jeżeli ten odczyn został wykonany wedle metody oryginalnej, t. j. przy użyciu 0.2 cm^3 płynu [3]).

Ponieważ chorzy na wiąd rdzenia także nie mają odczynu Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym, jeżeli próbę wykonano wedle metody oryginalnej, ponieważ atoli u paralityków bez wyjątku dodatni odczyn Wassermanna objawia się już przy wykonaniu próby wedle metody oryginalnej, przeto można na mocy tych właściwości odróżnić porażenie postępujące albo porażenie mózgu z wiądem rdzenia od samego wiądu rdzenia albo od kiły mózgowordzeniowej.

Natomiast, jeżeli u chorego z wiądem rdzenia pojawia się dodatni odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym, to należy z tego wnosić, że do istniejącego wiądu rdzenia przystępuje porażenie postępujące. [1])

Wobec rozumowań powyższych nie wypadało inaczej postąpić, jak uznać W... za chorego na porażenie postępujące.

Prawidłowość powyższego rozpoznania wczesnego potwierdził dalszy przebieg choroby.

Po czterech miesiącach bowiem rozwijała się u W. choroba szybko z całą gwałtownością. Chory nie sypia; jest pomieszany, niespokojny, biega bez celu po sali, przemawia do siebie bezustannie, szaleje gwałtownie, drze ubranie, pościel, bieliznę;

---

[1]) Nonne: Syphilis und Nervensystem.
[2]) Nonne: Syphilis und Nervensystem.
[3]) Nonne: Syphilis und Nervensystem.

czasami bywa dręczony omamami (halucynacyami), słyszy głosy rozkazujące i postępuje odpowiednio, bo mu »serce nakazuje tak czynić«; nie słucha napomnień; wpada w złość i jest gwałtowny. Nie przyjmuje pokarmu; czasami nie mówi ani słowa całymi dniami, leżąc nieruchomo w łóżku.

Stan umysłowy znacznie jest obniżony, mniej wskutek pomieszania, aniżeli z powodu ogólnego zniedołężnienia duchowego. Chory nie może skupić uwagi i jest bezkrytyczny. Zakres ideowy jest zacieśniony; mania wielkości objawia się w stereotypowych oświadczeniach chorego, że zostanie prezydentem miasta M... Mowa jest niewyraźna, głos przytłumiony, monotonny.

Chory schudł mocno, stracił 28 funtów. Oczy wpadłe, wyraz twarzy stale zamroczony, bez życia. Twarz pokryta trupią bladością. Niekiedy pojawia się gorączka, 38° C i więcej. Czynność serca przyspieszona. Odruchy nader wzmożone. Odruch źreniczny prawidłowy; objawu Romberga niema. Natomiast istnieją następujące objawy chorobowe; odruch Oppenheima po prawej stronie, odruch Mendel -Bechterewa i odruch antagonistyczny mięśnia piszczelowego przedniego po obu stronach (odruch Piotrowskiego).

Mimo, że chory szaleje, nie można choroby jego nazwać szaleństwem (mania). Przeciwko temu określeniu przemawiają następujące objawy chorobowe: zupełne zniedołężnienie umysłowe w przeciągu kilku miesięcy, osłabiona pamięć, przewrotne, nieumotywowane postępowanie.

O przedwczesnem otępieniu umysłowem (dementia praecox) mowy być nie może, albowiem niema podstaw dostatecznych, na których takie przypuszczenie mogłoby się opierać. Chory nie jest dziedzicznie obarczony; w młodości rozwijał się prawidłowo cieleśnie i umysłowo.

Kiła mózgowordzeniowa (lues cerebrospinalis) jest wykluczona. Brak wszelkich objawów miejscowych, a szybki, gwałtowny rozwój choroby mimo stosowania rtęci, jodu i salwarsanu przemawia przeciwko tej chorobie.

Kombinacya psychozy z kiłą układu nerwowego wobec zupełnego braku odpowiednich objawów chorobowych nie jest prawdopodobna.

Przebieg choroby przedstawia się tu tak, jak w porażeniu postępującem.

Wczesne rozpoznanie porażenia postępującego w przypadku, który opisał Nonne, zostało potwierdzone wynikiem oględzin pośmiertnych i badaniem mikroskopowem układu nerwowego ośrodkowego. W przypadku powyżej podanym takich oględzin jeszcze być nie mogło. Atoli dalszy przebieg choroby wykazuje jasno, że pierwotne rozpoznanie było zupełnie trafne.

Doświadczenie powyższe jest wskazówką w ocenie następującego przypadku.

M. H., 36 l., tokarz, został w d. 22/VII 1914 zaciągnięty do pospolitego ruszenia. Wymaganiom służby wojskowej podołać nie mógł i z tego powodu miał wiele przykrości. Utyskiwał na różne dolegliwości, ale nie miał żadnych objawów chorobowych. Odesłano go do lazaretu, gdzie orzeczono, że H. nie jest chory, w szczególności nerwowo. Ponieważ H. narzekał, że wskutek ogólnego osłabienia służby pełnić nie może, oddano go jako symulanta pod obserwacyę psychiatryczną.

Chory pochodzi z licznej rodziny; ojciec jego cierpi na płuca, a matka ma skrzywienie kręgosłupa. Starszy brat umarł z powodu kurczów, drugi wskutek gruźlicy, trzeci brat cierpi na bóle głowy i ma krótką pamięć; H. miewał w młodości kurcze. Przed 8 laty chorował H. na pęcherz z dolegliwościami moczowemi; miał nadmierne pragnienie i wypijał dziennie »10—15 litrów wody«. Zarażenia płciowego »nie było«. Chory jest ojcem sześciorga zdrowych dzieci; żona raz poroniła. Obecnie czuje H. ogólne osłabienie; chodzenie sprawia mu trudności.

Badanie chorego nie wykazuje żadnych objawów chorobowych ani w narządach wewnętrznych, ani w układzie nerwowym, z wyjątkiem drobnych objawów neurastenicznych. Mocz nie zawiera białka, ani cukru. Odczynu Wassermanna w surowicy krwi niema. Niema też objawów, wskazujących na zboczenia umysłowe. Chory zachowuje się poprawnie, spokojnie, rozumnie, ale narzeka bezustannie na ból w krzyżach i na rozstrój czuciowy w palcach. Szczegółowe badanie przez dwóch specyalistów (internistę i urologa) nie daje żadnego wyniku; jedynie na skórze stwierdzono miejscami plamki łuszczycowe. Wobec tego uznano chorego za hipochondryko-neurastenika.

Atoli narzekania chorego nie ustają. Wobec tego postanowiono wykonać nakłucie lędźwiowe, przypuszczając, że pod płaszczem neurastenii ukrywa się choroba kiłowa, jakkolwiek chory zaprzecza stanowczo, by był zarażony płciowo. Za tem przypuszczeniem przemawia wspomniany powyżej objaw wzmożonego pragnienia i moczenia.

Badanie płynu mózgowordzeniowego dało wynik następujący: 1. Płyn czysty i przezroczysty, podczas gotowania pozostaje bez zmiany. 2. Odczyn Nonne-Apelta (faza I) — O. 3. Pleocytoza — O. 4. Odczyn Wassermanna (0.1 — 0.6 cm^3) ++. Dodatni odczyn Wassermanna dowodzi, że H. cierpi na kiłową chorobę układu nerwowego ośrodkowego. Okazuje się zatem, że przypuszczenie, jakoby chory udawał, jest mylne.

Rozumowania, które doprowadziły do wczesnego rozpoznania choroby w przypadku pierwszym, stosują się również do przypadku drugiego, pozwalając i tu rozpoznawać początkowy okres porażenia postępującego.

Rozstrzygający czynnik stanowi tu, jak i tam, dodatni odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym, uzyskany z drobną ilością płynu (0.1 cm^3).

W przypadku drugim nie ma potwierdzenia rozpoznania ani oględzinami pośmiertnemi, jak w przypadku Nonnego, ani też przebiegiem klinicznym choroby, jak w przypadku poprzednim; mimo to nie ulega wątpliwości, że określenie choroby, jako porażenia postępującego, jest słuszne, choćby ze względu na doświadczenie, zebrane w tamtych dwóch przypadkach.

Obrazy chorobowe powyżej opisane bynajmniej nie są wyjątkiem. Śledząc uważnie pomiędzy moimi chorymi za podobnymi objawami, napotykałem częściej, niż się spodziewałem, na podobne objawy.

Za objaśnienie słów powyższych niechaj posłużą następujące spostrzeżenia.

Ażeby się nie powtarzać, muszę zaznaczyć, że przypadki poniżej zestawione przedstawiają jednakowe właściwości krwi i płynu mózgowordzeniowego. W każdym przykładzie przedstawiają się »cztery odczyny« w tej samej formie. 1. Odczyn Nonne-Apelta (faza I) = O. 2. Pleocytoza = O. 3. Odczyn Wassermanna w surowicy krwi = O. 4. Tenże odczyn w płynie mózgowordzeniowym (0.1—0.2 cm^3) = +. To znaczy, że pierwsze trzy odczyny są ujemne, czwarty dodatni. Wszyscy chorzy służą w wojsku. Pod obserwacyę neurologiczno-psychiatryczną dostali się z różnych powodów.

1. B. G. 40 l., żołnierz pospolitego ruszenia, uważa się za porucznika zapasowego, jest nieco pomieszany i mówi niewyraźnie; nie ma żadnych objawów chorobowych organicznych. Zarażenia kiłą »nie było«. Dodatni wynik czwartego odczynu charakteryzuje chorego jako paralityka w okresie początkowym. Z biegiem czasu choroba rozwija się typowo.

2. B. A. 38 l., szeregowiec obrony krajowej, narzeka na ból i zawrót w głowie, na osłabienie ogólne. Nogi trzęsą się. Odruch źreniczny w lewem oku = O, w prawem oku niedostateczny. Odruchy kończyn dolnych wzmożone. Mowa niewyraźna. Pierwotnie rozpoznawano stwardnienie rozsiane. Na mocy jednak dodatniego wyniku odczynu Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym (0.1 cm^3) rozpoznano porażenie postępujące. Z biegiem czasu powstaje typowy obraz tej choroby. Odruch źreniczny znikł, mowa znacznie się pogorszyła i nastąpiło ogólne zniedołężnienie cielesne i umysłowe.

3. G. W., 31 l. grenadyer, uciekł z lazaretu, w którym się znajdował z powodu porażenia nerwu strzałkowego; później nic nie wiedział o tem, co uczynił. Przypuszczano najpierw, że chory cierpi na padaczkę. Objawów chorobowych niema; zarażenia kiłą chory się wypiera. Badanie płynu mózgowordzeniowego (0.1 cm^3) wykazuje dodatni wynik odczynu Wassermanna. Wynik ten rozstrzyga o charakterze choroby; rozpoznano porażenie postępujące. Z czasem pojawiają się halucynacye, sprawiające choremu wiele przykrości. Kilkomiesięczne leczenie, stosowanie rtęci, jodu, salwarsanu, polepsza nieco stan.

4. St. M., 29 l. pospolitak, oddany do lazaretu z rozpoznaniem histeryi i przedwczesnego otępienia umysłowego (dem. praecox). Chory jest pomieszany; objawów chorobowych orga-

nicznych niema. Odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym (0.1 cm) = +. Wobec tego rozpoznano porażenie postępujące. Po kilkomiesięcznem leczeniu przeciwkiłowem następuje polepszenie.

5. C. T., 41 l. zastępca oficera, oddany pod obserwacyę psychiatryczną pod zarzutem przestępstwa służbowego, narzeka na ból głowy, jest bojaźliwy, przeczulony i przygnębiony. Odruch źreniczny w prawem oku jest niedostateczny; język drży. Wskutek dodatniego wyniku odczynu Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym (0.1 cm) rozpoznano porażenie postępujące.

6. B. A., 39 l. szeregowiec, cierpi na nerwicę urazową i narzeka na ból i zawrót głowy. Nie ma objawów chorobowych. Z biegiem czasu rozwija się psychoza. Wskutek dodatniego wyniku odczynu Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym rozpoznano porażenie postępujące.

7. N. W., 29 l., kapral, melancholik, zemdlał na podwórzu koszarowem. Chory jest umysłowo nieco przygnębiony; wypiera się zarażenia kiłą. Odruchy wzmożone i dodatni objaw Romberga. Dodatni wynik odczynu Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym wykazuje, że chory cierpi na porażenie postępujące. Odczynu 1. i 2. nie wykonano.

Przytoczone powyżej przykłady porażenia postępującego rozpoznano na tych samych zasadach, które stanowiły podstawę rozpoznania w obydwu na początku tej pracy opisanych przypadkach. Wszystkie te przykłady mają tę właściwość, że z »czterech odczynów«, które w przypadku Nonnego były dodatnie, pierwsze trzy są ujemne, a dopiero czwarty, odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym (0.1 cm^3), jest dodatni.

Do niedawna jeszcze mniemano, że u 100% paralityków następuje dodatni odczyn Wassermanna w surowicy krwi. Nowsze badania statystyczne (n. p. Kirchberg, H. Neue i W. Vorkastner) wykazały niższy odsetek, 93% — 96%. W późniejszych okresach porażenia postępującego jest dodatni odczyn Wassermanna w surowicy krwi częstym objawem, natomiast braknie go w okresach początkowych choroby, jak przykłady powyższe dowodzą. To jednakże nie wpływa ujemnie na rozpoznanie choroby, albowiem dodatni odczyn Wassermanna w surowicy krwi wskazuje tylko na to, że chory dawniej miał, albo, że jeszcze ma kiłę. Objaw ten nie mówi atoli, czy układ nerwowy jest wskutek kiły zmieniony, czy nie. O tem rozstrzyga jedynie dodatni odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym, dlatego jest on dostatecznym dowodem porażenia postępującego, o ile jest wykonany wedle metody oryginalnej.

Okoliczność ta, że wskutek dodatniego odczynu Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym można wcześnie rozpoznać uszkodzenie kiłowe układu nerwowego ośrodkowego, mianowicie, że można rozpoznać porażenie postępujące w jego zaczątkach, a więc wtenczas, kiedy jeszcze niema objawów chorobowych cielesnych i umysłowych, odgrywać może w obecnych warunkach ważną rolę, mianowicie wtedy, gdy chodzi o wczesną, jasną i dokładną opinię w przypadkach sądowych o osobach, które na pozór nie są chore ani pod względem fizycznym, ani pod względem psychicznym.

Atoli i pod innym względem zasługuje ta okoliczność na szczególną uwagę, mianowicie ze stanowiska leczniczego.

Wiadomo, że porażenie postępujące nie jest chorobą wtórną po kile, ale że stanowi ogólne zachorzenie kiłowe całego ustroju, szczególnie zaś mózgu i rdzenia, i że jest skutkiem zatrucia układu nerwowego ośrodkowego jadami drobnoustrojów kiły.

Dawniejsze mniemanie, że porażenie postępujące jest nieuleczalne, że paralityk bezpowrotnie traci siły żywotne ciała i duszy, było mylne. Nowsze doświadczenia wykazują, że porażenie postępujące jest uleczalne.

Wspomnę tu tylko o spostrzeżeniach kilku autorów, jak Nonne, Leredde, Dreyfus, Raymond, Fr. Schultze. Mianowicie przypadek Fr. Schultzego zasługuje na uwagę, albowiem po 14 latach od objawienia i wyleczenia się choroby wykazały tutaj oględziny pośmiertne wedle komunikatu Alzheimera »drobne pozostałości dawniejszego porażenia postępującego«.

Wobec tego w każdym przypadku porażenia postępującego należy stosować przez długi przeciąg czasu energiczne leczenie zapomocą rtęci, jodu, salwarsanu; równocześnie trzeba leczyć chorego metodą Wagnera von Jauregg (wstrzykiwanie tuberkuliny) albo Donatha (nukleinian sodowy). U paralityków, których z powodu ich choroby czeka śmierć przedwczesna, taka polipragmazya jest na miejscu.

Dodatnich wyników jednakże wtenczas tylko można się spodziewać, jeżeli to leczenie stosowane będzie w zaczątkach choroby Dotychczasowe niepowodzenia lecznicze w wielu przypadkach tłómaczą się tem, że pomoc przyszła za późno, w późnym okresie choroby, kiedy pomódz nie było można, i że pomoc nie była dostatecznie energiczna i długotrwała.

Wczesne rozpoznanie porażenia postępującego nie sprawia obecnie trudności, albowiem technika nakłucia lędźwiowego tak jest wydoskonalona, że niepożądanych objawów podczas wykonywania tego zabiegu obawiać się nie potrzeba, o ile się go wykonywa przezornie i ostrożnie.

Odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym stanowi sprawdzian najrychlejszy i charakterystyczny dla porażenia postepującego, o ile jest wykonywany wedle metody oryginalnej (0.2 cm^3).

Zdanie to sprzeciwia się poglądowi A. Mycosona [1], który zauważył, że u paralityków w okresie zwolnienia choroby odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym znika, natomiast zawartość białka w płynie nadal pozostaje wzmożoną Mycoson wnosi z tej właściwości płynu, że prawdopodobnie najrychlejszym objawem porażenia postępującego, mianowicie w okresie przedchorobowym, jeżeli się tak można wyrazić, jest wzmnożenie się ilości białka w płynie mózgowordzeniowym.

Choćby tak rzeczywiście regularnie było, to nie widzę w tem żadnego pożytku dla wczesnego rozpoznania porażenia postępującego, albowiem wzmnożenie białka w płynie mózgowordzeniowym nie stanowi objawu, charakteryzującego porażenie postępujące; objaw ten spotykamy także w toku innych zaburzeń w układzie nerwowym ośrodkowym. Wzmożenie się ilości białka w płynie mózgowordzeniowym wskazuje na to, że w układzie nerwowym ośrodkowym zaszły zmiany chorobowe; objaw ten nie mówi jednakże nic o rodzaju choroby. Inaczej ma się rzecz z odczynem Wassermanna. Jak powyżej opisane przypadki pouczają, dodatni odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym objawia się rychło, a wykonany wedle metody oryginalnej, sam przez się przemawia za porażeniem postępującem i z tego powodu stanowi główny objaw chorobowy w okresie początkowym tej choroby.

Z kliniki chirurgicznej (dyrektor radca dworu Prof. Dr L. Rydygier) i zakładu anatomii patologicznej (dyrektor Prof. Dr Z. Dmochowski) Uniwersytetu we Lwowie.

O wpływie podwiązywania tętnicy płucnej na płuco i o jego znaczeniu leczniczem.

(Badania doświadczalne)

podał

Dr Tadeusz Ostrowski

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Dokładniejszego pojęcia o sprawie krążenia krwi w płucach możemy nabrać na podstawie przypadków wro-

---

[1]) The albumen contant of the spinal fluid in its relation to disease syndromes, by A. Mycoson. (Journ. of nerv. and ment. dis. 1914, Nr. 3). Ref. A. Stern. Neurol. Centr. Blatt, 1915; 6.

dzonego lub powolnego zamknięcia tętnicy płucnej, spotykanych na sekcyi. Znane mianowicie są przypadki, w których przy wrodzonem zamknięciu tętnicy płucnej nie było żadnej bezpośredniej komunikacyi między sercem prawem, a lewem (t. j. zamknięty był otwór owalny, przegroda międzykomorowa i przewód Botalla). W przypadkach tych spotykamy zwykle nadmiernie rozwinięte tętnice oskrzelowe tylne, jak naprzykład w przypadku Koller-Aëby. U 4-letniego chłopca, u którego dopiero w drugim roku życia wystąpiły pewne objawy ze strony serca, przy zupełnem zamknięciu ujścia tętnicy płucnej, w miejscu odejścia tętnic oskrzelowych od tętnicy głównej znajdowały się trzy pnie grubości conajmniej tętnicy szyjnej (carotis). Jeden z tych pni szedł do płuca prawego wzdłuż oskrzela, dwa zaś mniejsze do płuca lewego. Dzięki takiemu wyrównaniu krążenia w płucach, osoby z wrodzonem zamknięciem tętnicy płucnej mogą żyć nawet bardzo długo, jak naprzykład w przypadku Middeldorpa chory żył lat 33.

Co się tyczy powolnego zamknięcia tętnicy płucnej, to tutaj i spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia na zwierzętach dowodzą, że w tych warunkach krążenie w płucach znakomicie może wyrównać się przez istniejące zespolenia naczyń (anastomozy). Zajmujące są w tym względzie przypadki Harta, gdzie na sekcyi i drobnowidowo stwierdzono zupełne zamknięcie ujścia tętnicy płucnej przez zakrzep, wykazujący daleko posuniętą organizacyę na całym obwodzie, co świadczyło, że zakrzep ten, zatykający zupełnie światło tętnicy płucnej, istniał czas dłuższy. W przypadkach tych za życia chorych stwierdzano nieraz objawy choroby sercowej, a więc: szmer skurczowy, duszność, sinicę palców. Drugi przypadek Harta odnosi się do mężczyzny, który od 5 lat był dotknięty wiądem rdzenia, a umarł z powodu ropnego wstępującego zapalenia nerek; przed śmiercią na trzy tygodnie dołączyły się objawy lekkiego zapalenia oskrzeli. Na sekcyi i drobnowidowo w przypadku tym, przy zupełnem zatkaniu tętnicy płucnej przez zorganizowany skrzep, znaleziono płuco powietrzne, przekrwione; serce nie okazywało przerostu. Na podstawie tego sądzi Hart, że zatkanie tętnicy płucnej powstało na jakie 3 tygodnie przed śmiercią; przemawia za tem brak przerostu serca, który byłby się wytworzył, gdyby zamknięcie trwało czas dłuższy. Że bardzo znacznego stopnia zwężenia tętnicy płucnej mogą przebiegać prawie bez objawów, świadczą przypadki, które podają Gaultier, Hervieux, Jakubowicz, Nowicki i inni.

Również i doświadczenia na zwierzętach wykazują, że można powolnie wytwarzać bardzo znaczne zwężenie ujścia tętnicy płucnej, nie wywołując śmierci zwierzęcia. Znane są w tym kierunku prace dawniejsze Küttnera i doświadczenia Nowickiego. Nowicki robił doświadczenia na królikach, polegające na powolnem zaciskaniu przez szereg dni głównego pnia tętnicy płucnej celem doprowadzenia do jej zupełnego zamknięcia. Nie udawało mu się jednak doprowadzić do takiego zamknięcia, gdyż zwierzęta ginęły z powodu ropnego zapalenia śródpiersia, opłucnej i osierdzia. W jednym jednak przypadku doprowadził Nowicki do tak znacznego zwężenia, że przez tętnicę przechodził zaledwie zgłębnik drucikowy, a mimo tego zwierzę żyło bez objawów zaburzenia w krążeniu małem.

Prace anatomiczne Hyrtla, Henlego, Luschki, a także badania anatomopatologiczne Virchowa wykazały, że w płucu prócz krążenia małego znajduje się drugi układ, należący do krążenia wielkiego, a więc tętnice oskrzelowe tylne, odchodzące od tętnicy głównej, względnie prawa od tętnicy międzyżebrowej najwyższej, i przednie, odchodzące pośrednio od tętnicy sutkowej wewnętrznej, żyły zaś oskrzelowe tylne, uchodzące do żyły nieparzystej i nieparzystej krótkiej, a przednie, uchodzące do żył płucnych. Dzięki połączeniu naczyń tych dwóch układów w zakresie błony śluzowej oskrzeli, a nawet, do pewnego stopnia, i samego miąższu płucnego, mogą tętnice oskrzelowe obejmować czynność tętnicy płucnej.

Tem tłumaczy się, dlaczego w naszych doświadczeniach psy tak łatwo i dobrze znosiły wykonywany na nich zabieg operacyjny, jako taki. Jednakowoż, jak widzimy z protokołów sekcyjnych, w następstwie tego zabiegu występowały w płucach bardzo wybitne zmiany anatomopatologiczne, które omówię poniżej. Omawiając przebieg kliniczny, muszę tu zaznaczyć, że stan ogólny zwierząt był naogół nadzwyczaj dobry i wprost nieraz w stosunku do obrazu klinicznego był obraz sekcyjny niespodzianką. Wymownym tego przykładem może być pies Nr 5, który przed śmiercią nie przedstawiał najmniejszych objawów chorobowych, najlepiej wyglądał pośród innych psów, wcale nie operowanych; po zabiciu psa chloroformem, jak wykazuje protokół sekcyjny, w płucu operowanem były bardzo wybitne zmiany, nie dające za życia objawów klinicznych.

Doświadczenia kliniczne, uzyskane po tej operacyi wykonanej u ludzi, nie stoją w sprzeczności z naszymi wynikami. Sauerbruch 5 razy wykonał tę operacyę u ludzi i wszyscy operowani znieśli ten zabieg dobrze, jak również chory de Quervaina (Wydler); n. b. należy tu uwzględnić tę okoliczność, że operacyę wykonywano u ciężko chorych, z powodu rozszerzenia oskrzeli, zwierzęta zaś operowano zupełnie zdrowe. Zestawiając te wyniki, stwierdzić musimy, że podwiązanie gałęzi tętnicy płucnej jest zabiegiem, który chorzy mogą znieść wcale dobrze i który życiu ich bezpośrednio nie grozi, gdyż bezpośrednie zmiany i zaburzenia ustrój łatwo może wyrównać.

Właściwe jednak znaczenie tego zabiegu dla ustroju zwierzęcego możemy poznać na podstawie badań sekcyjnych w połączeniu z badaniem drobnowidowem. Badania te, wykonywane w pewnych odstępach czasu od podwiązania tętnicy płucnej, pozwolą nam bliżej ocenić skutki tego zabiegu. Do rozporządzenia mamy materyał sekcyjny zebrany: bezpośrednio po zabiegu, w 58 godzin, w 5 dni, w 2 tygodnie i po 4 miesiącach.

Jak widzimy z protokołu sekcyjnego, badanie drobnowidowe płuca, którego tętnicę podwiązano bezpośrednio przed śmiercią zwierzęcia, wykazuje w porównaniu z płucem, którego tętnicy nie podwiązywano, słabe ukrwienie naczyń włosowatych i tętnic, natomiast większe żyły są obficie krwią wypełnione. Zjawisko to musimy sobie wytłómaczyć w ten sposób, że z chwilą przerwania dopływu krwi do płuc drogą tętnicy płucnej, krążenie oboczne nie występuje odrazu i chwilowo mamy obraz pewnego stopnia niedokrwienia tego płuca, którego tętnicę płucną podwiązano. Wobec tego gwałtownego wykluczenia z obiegu krwi tętniczej znacznej części płuca, krew, jak to wykazał Lichtheim, zostaje skierowana do innych płatów płuc, dlatego też spotykamy w tym okresie znaczne wypełnienie i porozszerzanie naczyń włosowatych płatów z niepodwiązanemi gałązkami tętnicy płucnej. Poza temi zmianami w krążeniu nie spotykamy w tym okresie innych zmian.

Badając płuca, uzyskane na sekcyi, wykonanej po upływie 58 godzin od wykonania naszego zabiegu, znajdujemy w nich zmiany bardzo wybitne, a także różnice w tych zmianach pomiędzy płatami, których tętnic nie podwiązano, a płatem z tętnicą podwiązaną są bardzo znaczne. Mianowicie w płucu nieoperowanem spotykamy ogólne przekrwienie, dotyczące głównie naczyń włosowatych, w płucu zaś operowanem znajdujemy rozległe zmiany martwicze, wylewy krwawe do pęcherzyków płucnych, a co najmniej obfite złuszczenia nabłonków, wypełniających światło pęcherzyków. Zmiany te występują w częściach płuca, nieco głębiej pod opłucną położonych, w częściach zaś leżących tuż pod opłucną spotykamy głównie tylko złuszczenia nabłonków i przekrwienie, głównie w naczyniach większych, nierównomierne zaś przekrwienie w naczyniach włosowatych. Widzimy zatem w częściach głębszych płuca bardzo wybitne zmiany wsteczne, niewątpliwie na tle złego odżywiania, natomiast części, leżące tuż pod opłucną, są mniej zmienione. Być może, że w tych częściach krążenie uboczne wyrównało się szybciej, aniżeli w częściach głębszych,

gdzie spotykamy obrazy, przypominające zawały krwotoczne. Wspomniane krążenie oboczne mogło rozwinąć się za pośrednictwem naczyń krwionośnych w opłucnej płuc, która, jak wiemy, otrzymuje krew z rozgałęzień tętnic oskrzelowych. Na opłucnej płuca operowanego spotykamy zmiany, odpowiadające zapaleniu, pod postacią błony wrzekomej, zbudowanej z grubych belek szklistego włóknika. Zmiany te spotykamy również i na opłucnej tych płatów, których tętnic nie podwiązano, należących jednak do tego samego płuca, więc mających wspólną jamę opłucną. Sprawę zapalną z wysiękiem włóknikowym na opłucnej możemy tu uważać za następstwa zabiegu na opłucnej — a więc samego otwarcia jamy opłucnej. Być może, że dalszy zabieg, t. j. podwiązanie tętnicy płucnej dolnego płatu, przyczynił się też w pewnej mierze do rozwoju tej sprawy, gdyż zmiany, dotyczące opłucnej na płacie z tętnicą podwiązaną, są jeszcze wybitniejsze, aniżeli na innych płatach tegoż płuca. Mogłoby to przemawiać również za innem tłómaczeniem, t. j. że z płatu tego zapalenie opłucnej rozszerzyło się następowo na płaty sąsiednie.

W pięć dni od wykonania zabiegu operacyjnego znajdujemy zmiany tego samego rodzaju, tylko jeszcze wybitniejsze i na rozleglejszych przestrzeniach występujące, a więc rozległe wylewy krwawe, nacieki drobnokomórkowe i wprost rozległe zmiany martwicze, zajmujące części głębiej, dalej od opłucnej leżące. W częściach płuca, leżących bliżej opłucnej, zmiany wsteczne są słabsze, na samej opłucnej są grube złogi włóknikowe. Obraz środkowej części płuca przedstawia cechy zawału krwotocznego, daleko posuniętego, a w każdym razie martwicy, powikłanej przekrwieniem i wybroczynami. W częściach wolnych od wylewów krwawych, przeważnie leżących bliżej opłucnej, znajdujemy pęcherzyki płucne w znacznej części wypełnione złuszczonym nabłonkiem, — obraz, przypominający preparaty z okresu wcześniejszego.

Przytoczone powyżej badania drobnowidowe preparatów z płuc, których tętnicę podwiązano, pozostają w sprzeczności z wynikami, podanymi przez Sauerbrucha we wspólnej jego pracy z Brunsem, a także z wynikami Kawamury, który wykonał analogiczne doświadczenia. W zupełności jednak zgadzają się moje wyniki z wywodami samego Brunsa w jego pracy późniejszej, która stwierdza po podwiązaniu gałęzi tętnicy płucnej powstawanie w płucu zawałów krwotocznych i spraw zapalnych zrazikowych.

Na podstawie moich doświadczeń należy przyjąć tłómaczenie powstawania bujania tkanki łącznej, którą spotykamy po podwiązaniu tętnicy płucnej w późniejszych okresach, odmienne od podanego przez Sauerbrucha. Sauerbruch właściwego tłómaczenia nie podaje, ogranicza się tylko do krótkiego wniosku, że »znacznego stopnia karnifikacya i skurczenie się płuca powstaje w następstwie zaburzeń w krążeniu«; zmiana zaś patologiczna w płucach, poprzedzająca bujanie tkanki łącznej, polega, zdaniem Sauerbrucha, tylko na złuszczaniu się nabłonka pęcherzyków płucnych, wykluczonego ze swej czynności, wobec przerwanego dopływu krwi z tętnicy płucnej.

Badanie drobnowidowe naszych preparatów z płuc zwierząt, zabitych po upływie dłuższego czasu, daje nam podstawę do innych wniosków. A więc, na skrawkach z płuc, uzyskanych po upływie 14 dni od operacyi, widzimy w częściach, położonych głębiej pod opłucną, gdzie w okresach wcześniejszych spotykaliśmy rozległe zmiany martwicze i wylewy krwawe, zupełne zniesienie budowy pęcherzykowej płuc. Znajdujemy tu tkankę łączną, tworzącą jednostajną masę, pośród której gdzieniegdzie można dopatrzyć się pęcherzyków płucnych, ulegających zarastaniu; wśród tej tkanki możemy również spotkać w tym okresie resztki wylewów krwawych i grudki hemosyderyny. W częściach, leżących bliżej pod opłucną, spotykamy częściej pęcherzyki o dość dobrze utrzymanem świetle. I tu jednak pęcherzyki płucne ulegają zarastaniu, a mianowicie widać, jak od strony przegródek międzypęcherzykowych bujają czopy tkanki łącznej młodej, obficie komórkowej, wrastającej do światła pęcherzyków płucnych i zatykającej je, jednem słowem obraz, przypominający przewlekłe zapalenie płuc. Przytem mamy także wybitne zmiany na opłucnej, mianowicie znaczne jej zgrubienie włókniste; zmiana w oskrzelach, a mianowicie znaczne ich rozszerzenie z wygładzeniem ich błony śluzowej, odpowiada zupełnie obrazowi przewlekłego zapalenia płuc.

Skrawki z płuc, uzyskanych po upływie 4 miesięcy od operacyi, wykazują analogiczne zmiany; i tu w głębszych częściach mamy jednostajne masy włóknistej tkanki łącznej, przerastającej bezpostaciowe masy martwicze, wśród której znajdujemy jeszcze stare i świeższe wylewy krwawe. Opłucna i części pod nią leżące wykazują zmiany, odpowiadające przewlekłemu zapaleniu, — z grubym krwistym nalotem włóknikowym, ulegającym powolnej organizacyi dzięki bujaniu tkanki od strony opłucnej. Przegrody międzypęcherzykowe w tych częściach płuca są wybitnie zgrubiałe, wytworzone z tkanki łącznej, o skąpych komórkach włóknotwórczych, a silnie rozwiniętej istocie międzykomórkowej włóknistej; pęcherzyki płucne miejscami są pozarastane przez kosmki tkanki łącznej, bujające do ich światła z przegródek międzypęcherzykowych, miejscami znów pęcherzyki są zastępczo rozdęte.

Zestawiając powyższe obrazy drobnowidowe, możemy stwierdzić, że wskutek podwiązania gałęzi tętnicy płucnej rozwijają się w danym płacie dwa obrazy anatomopatologiczne, zależnie od siedziby zmian: w głębszych częściach płuca występują daleko posunięte zmiany wsteczne, przypominające zawał krwotoczny, a więc obfite wylewy krwawe, wypełniające szczelnie światło pęcherzyków płucnych, martwica tkanki z utratą wszelkich zarysów jej budowy histologicznej; natomiast w częściach, leżących pod opłucną, spostrzegamy obrazy, odpowiadające zmianom, towarzyszącym zapaleniu opłucnej, a więc, przy przewlekłem jej trwaniu, — przewlekłemu zapaleniu płuc. W późniejszych okresach na miejscu zmian, spotykanych w głębszych częściach płuc, widzimy rozległe bujanie tkanki zapalnej bogato komórkowej, przechodzącej później w tkankę włóknistą. W połączeniu tych zmian otrzymujemy to, co mikroskopowo przedstawia się jako podawana przez Sauerbrucha »karnifikacya« płuca.

Co się tyczy histogenezy tego bujania tkanki łącznej, to ściśle ustalić się ona nie da; wogóle wiemy, że pod tym względem panują różnice zdań. Faktem ustalonym jest (Ceelen), że w tem samem nawet płucu bujanie łącznotkankowe może mieć rozmaite źródła, a więc może pochodzić z przegródek międzypęcherzykowych, ze ścian samych pęcherzyków, z tkanki podopłucnej, ze ścian małych oskrzeli i oskrzelków, wreszcie z tkanki okołonaczyniowej i okołooskrzelowej. Zdaniem Ribberta i Harta najczęściej buja tkanka łączna w tych przypadkach z tkanki otaczającej oskrzela, zdaniem Cohna, z międzypęcherzykowej i podopłucnej. Bruns w swych doświadczeniach nad działaniem na płuca sztucznej odmy opłucnej dochodzi do wniosku, że bujanie tkanki łącznej przerastającej w tych przypadkach płuco, ma dwa źródła: od strony opłucnej, drażnionej przez wdmuchiwany azot, i od strony tkanki około-oskrzelowej, w której występują ogniska zapalne wskutek zastoju wydzieliny w oskrzelach.

W naszych przypadkach nie da się zaprzeczyć, że bujanie tkanki włóknistej ma swoje źródło w tkance podopłucnej. Daje się to stwierdzić wprost na preparatach drobnowidowych, gdzie widać kosmki i pasemka tkanki łącznej, bujające od strony tkanki podopłucnej w kierunku miąższu płucnego, do światła pęcherzyków płucnych. Niemniej jednak w częściach podopłucnych bujanie to wychodzi i od samych przegród pęcherzykowych, jak to bywa w niepomyślnem zejściu zapalenia włóknikowego płuc. Co się tyczy bujania tkanki łącznej w częściach głębszych płuca, na miejscu rozległej martwicy i wylewów krwawych, to pewnego sądu co do histogenezy tej tkanki wypowie-

dzieć stanowczo nie można. Najprawdopodobniej buja ona z tkanki okołooskrzelowej, która na preparatach, gdzie martwica płuc wyrażona jest najdobitniej, jest zachowana miejscami wcale dobrze, na skrawkach zaś z późniejszych okresów widać również dookoła oskrzeli obfite bujanie tkanki łącznej, pociągające za sobą rozszerzenie znaczne światła oskrzeli i wygładzenie ich błony śluzowej.

Powyżej przytoczone wyniki moich badań doświadczalnych na zwierzętach nie pozwalają mi na wypowiedzenie ostatecznego sądu o wartości praktycznej omawianego zabiegu, zalecanego dla operacyjnego leczenia gruźlicy płuc u ludzi. Mogę jednak i w tej sprawie zabrać głos, a mianowicie chodzi mi o to, że Sauerbruch, zalecając ten zabieg, z naciskiem zaznaczał, iż w związku z tą operacyą nie występują w płucach żadne cięższe zmiany, jak naprzykład zawały krwotoczne, i na podstawie tego określał ten zabieg jako dość lekki dla chorego. Nie chcę twierdzić, że wskutek omawianego zabiegu muszą zawsze występować zawały krwotoczne i inne wybitniejsze zmiany w płucach, jakkolwiek muszę tu przypomnieć zdanie Brunsa, opierającego się na materyale wspólnym z Sauerbruchem. Jak wiemy, Bruns stanowczo twierdzi, że w ich doświadczeniach występowały zawały krwotoczne i sprawy zapalne, i właśnie od tych zmian uzależnia on następowe bujanie tkanki włóknistej w płucach. Nie wykluczam możliwości przebiegu całej sprawy według opisu Sauerbrucha, moje jednak badania upoważniają mnie do twierdzenia, że w następstwie podwiązania tętnicy płucnej mogą rozwijać się w płucu znaczne zmiany o charakterze zawałów krwotocznych, rozległa martwica i t. d. Uwzględnić tu jeszcze należy tę okoliczność, że omawiany zabieg ma być wykonywany na osobnikach z ciężkiem schorzeniem narządu oddechowego; nasze doświadczenia wykonywane były na zwierzętach zupełnie zdrowych, — a pomimo to zmiany następowe w płucach były tak znaczne. Przy istniejących już zmianach chorobowych i zaburzeniach krążenia w płucach, w następstwie omawianego zabiegu mogą tem łatwiej u człowieka rozwinąć się ciężkie zmiany w operowanem płucu. Z tego względu, mojem zdaniem, mówiąc o praktycznej wartości leczniczej wspomnianego zabiegu operacyjnego, należy być na razie bardzo powściągliwym; rozstrzygać tu będzie nie doświadczenie na zwierzętach, ale tylko doświadczenie kliniczne, oparte na licznym materyale ludzkim.

Wnioski.

1) Podwiązanie tętnicy płucnej u psa wywołuje bezpośrednio po zabiegu znacznego stopnia zaburzenia w krążeniu, wiodące z czasem do zmian wstecznych, nawet martwicy w tkance płucnej, przyczem zmiany są wybitniejsze w częściach głębiej położonych, aniżeli podopłucnych; ten nierówny stopień zmian świadczy o łatwiejszem (a nawet zupełnem) wyrównywaniu się zmienionego krążenia w częściach podopłucnych płuca, aniżeli w częściach środkowych.

2) Po upływie dłuższego czasu od podwiązania tętnicy płucnej następuje w płucu bujanie tkanki łącznej, jako z jednej strony sprawa odnowy patologicznej (części środkowe płuca), z drugiej strony — nieprawidłowe zejście rozwijającego się po podwiązaniu tętnicy zapalenia opłucnej i części płuc podopłucnych.

3) Ze względu na to, że po podwiązaniu tętnicy płucnej powstaje bujanie tkanki łącznej w płucu, zabieg ten może mieć wartość leczniczą w odpowiednich przypadkach gruźlicy płuc, o wartości jednak jego praktyczno-klinicznej rozstrzygnąć może dopiero doświadczenie kliniczne.

Piśmiennictwo. 1) Aron. Virch. Archiv. 1896 B. 145. — 2) Bruns. Mitt. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. B. 23, Deut. Arch. f. klin. Med. 108 5—6., D. med. Woch. 1913 Nr 3. — 3) Cloetta. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. B 63, 66. — 4) Cohn. Münch. med. Woch. 1893, Berl. Klinik 1903 Nr 185. — 5) Ceelen. Virch. Archiv 214. — 6) Elsberg. Arch. f. klin. Chir. 96, I. — 7) Freund. Therapie d. Gegenw. 1902. — 8) Fujinami. Virch. Archiv. 152. — 9) Giertz. Deut. Z. f. Chir. 126. — 10) Gaultier. wedł. Nowickiego. — 11) Herman. Tyg. lekarski 1913. — 12) Hnatek. Allg. Wiener med. Zeitsch. 1898. — 13) Hart. Virch. Arch. 193. — 14) Hervieux. według Nowickiego. — 15) Jakubowicz. wedł. Nowickiego. — 16) Koller-Aeby. wedł. Nowickiego. 17) Kawamura. Deutsch. Z. f. Chir. 125. — 18) Kakowski. Pflüger's Archiv. 1910, 134. — 19) Knoll. wedł. Walthera. — 20) Küttner. Arch. f. pat. Anat. u. Phys. Bd. 73. — 21) Körte. Virch. Archiv. 73. — 22) Lohmann. wedł. Brunsa. — 23) Lichtheim: Pat. ogólna Cohnheima. — 24) Nowicki. Protok. posiedzeń nauk. Lwow. Tow. lekarsk. 1913. — 25) Müller. wedł. Brunsa. — 26) Murphy. wedł. Hermana. — 27) Meyer Willy. wedł. Giertza. — 28) Middeldorp. Wedł. Nowickiego. — 29) Quervain. Münch. med. Woch. 1914. — 30) Ribbert. Virch. Arch. 156. — 31) Rohden. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 109. — 32) Robinson. Deut. Z. f. Chir. 102. — 33) Schmieden. Münch. m. Woch. 1908, — 34) Sauerbruch. Münch. med. Woch. 1913. — 35) Schlesinger. Arch. f. klin. Chir. 95. II. 36) Schenk. Pflüger's Arch. 100. — 37) Spee. wedł. Giertza. — 38) Tendeloo. Die Ergeb. d. inn. Medic. u. Kinderheilk. 1910, Bd. 6. — 39) Tiegel. Arch. f. klin. Chir. Bd. 95. — 40) Walther. Deutsch. Z. f. Chir. 119. — 41) Wilms. Münch. med. Woch. 1913, 1914. — 42) Wydler. Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Chirurg. u. Med. B. 28.

Z pracowni anatomopatologicznej Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie (Lwów).

O zmianach w gruczołach wewnętrznego wydzielania u umysłowo chorych, zmarłych bez widocznej przyczyny.

Podał

Prof. Dr Józef Hornowski.

(Ciąg dalszy).

15. F. J. kob. l. 36, L. prot. sek. 207 r. 1914. Dementia praecox. Katatonia. Chora bardzo gwałtowna.

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu, narządów.

Przysadka bardzo mała, waży 0,45, wybitnie silnie przekrwiona, część tylna zajmuje prawie jej połowę. W części przedniej dość liczne komórki ciążowe, bardzo znaczna przewaga komórek głównych, natomiast bardzo nieliczne komórki eozynochłonne.

Tarczyca wagi 42 grm., składa się z pęcherzyków o średnicy od 125 do 520 μ, bardzo nierównej wielkości. Nabłonki pęcherzyków znacznie spłaszczone. W pęcherzykach koloid eozynochłonny, zbity, ciemno barwiący się, popękany.

Nadnercza silnie przekrwione. Istota rdzeniowa wązka; w najszerszem miejscu, na ograniczonej przestrzeni dochodzi zaledwie 324 μ. Szerokość warstwy siatkowatej wynosi 108 μ, a komórki jej są wypełnione bardzo znaczną ilością barwika. Komórki istoty rdzeniowej wykazują znaczną wakuolizacyę i bardzo słabe chromowanie się.

W innych gruczołach wewnętrznego wydzielania niema zmian patologicznych.

16. L. M. kob. l. 18. L. prot. sek. 240 r. 1914. Dementia praecox. Katatonia. Chora bardzo niespokojna.

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu i narządów, oraz wybitnie mała, o spoistości bardzo zbitej, ciemna tarczyca wagi 14 gramów.

Przysadka zawiera dużo torbielowatych tworów w części pośredniej (pars intermedia), wypełnionych koloidem bazochłonnym. Od części przedniej wzrastają do tylnej pasma komórek bazochłonnych. W części przedniej mało komórek eozynochłonnych.

Tarczyca: Pęcherzyki na ogół dość równomierne co do średnicy, jednak przeważnie małe, drobne, o średnicy od 93,75 μ do 126 μ, jakgdyby źle wykształcone. Wśród pęcherzyków dość znaczne ilości tkanki łącznej. Tu i ówdzie ogniska komórek

o wyglądzie komórek nabłonkowych, lecz nie zróżniczkowanych dla tarczycy; koloidu mało, barwi się on na ciemno różowo, popękany, zbity, wakuolizowany.

Nadnercza wyglądają prawidłowo, jednak ich istota rdzeniowa wązka, nie szersza nad 378 μ. Komórki jej chromują się nieco słabiej.

17. H. S. męż. l. 49, L. prot. sek. 243 r. 1914. Dementia praecox. Inanitio.

Na sekcyi makroskopowo bardzo znaczne przekrwienie przysadki, małe, zbite narządy wewnętrzne, mięsień serca i wątroba ciemnobrunatno zabarwione, tarczyca mała, wagi 17 grm., trzustka również mała i bardzo zbita, wagi 49 gramów.

Przysadka: W tylnej części mało barwika. Na granicy części tylnej i przedniej liczne torbielowate twory z koloidem amfochłonnym. W części przedniej dość znaczne ilości tkanki łącznej, przewaga komórek głównych, dość liczne bazochłonne, prawie zupełnie brak eozynochłonnych.

Tarczyca wykazuje zanik niektórych pęcherzyków, jakoteż przerastanie dość znaczne przez tkankę łączną.

W gruczołach przytarczycznych duże ilości glikogenu.

W trzustce bardzo nieliczne wysepki Langerhansa o średnicy od 54 μ do 108 μ; budowa ich stosunkowo prawidłowa. Wśród zrazików i naokoło przewodów znacznie większa ilość tkanki łącznej.

Nadnercza wykazują w torebce bardzo liczne dodatkowe nadnercza. Istota rdzeniowa równa się co do szerokości korowej (2188 μ). W korowej, a szczególniej w warstwie kłębkowej, dużo lipoidów. W warstwie siatkowatej, w komórkach naogół mało barwika. Komórki istoty rdzeniowej chromują się stosunkowo dobrze.

Przypadek cały, na zasadzie badania pośmiertnego wygląda bardzo na moczówkę cukrową, co niestety za życia nie było stwierdzone.

18. P. J. kob. l. 48, L. prot. sek. 246 r. 1914. Dementia praecox. Katatonia. Chora podniecona, niebadalna.

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu, narządów, tarczyca mała, wagi 18 gramów, w jajniku prawym ciało krwotoczne (corpus haemorrhagicum), a w macicy objawy menstruacyi.

Tarczyca: Znaczna ilość tkanki łącznej wśród pęcherzyków, zanik niektórych pęcherzyków wskutek ucisku, tu i ówdzie jednak, w nielicznych miejscach, objawy bujania nabłonków. Koloid eozynochłonny, zbity, wakuolizowany.

Nadnercza. Istota rdzeniowa tylko nieco węższa od korowej, naogół nadnercza dobrze wykształcone; w korze prawego nadnerczak wielkości orzecha laskowego. W korze wszędzie dużo lipoidów. Komórki istoty rdzeniowej chromują się bardzo słabo, a miejscami nawet nie chromują się zupełnie.

Przysadka duża, wagi 0,75. W części tylnej duże ilości tkanki łącznej. Na granicy przedniej i tylnej części liczne przestrzenie, wypełnione koloidem amfochłonnym. W przedniej części, tak jak i w tylnej, duże ilości tkanki łącznej, rozrastającej się głównie naokoło naczyń. Tkanka ta otacza grupy komórek, uciska na nie i wywołuje ich zanik, wskutek czego widzimy cały szereg pasm komórkowych, przedstawiających się w postaci tkanki syncytyalnej, bez konturów komórek, a z jądrami ciemnemi. Tu i ówdzie komórki ciążowe, prawie zupełny brak bazochłonnych, odpowiednia ilość eozynochłonnych.

Gruczoły przytarczyczne. Bardzo nieliczne komórki kwasochłonne, leżące przeważnie pojedynczo, a najwyżej w grupach 2 do 3; poza tem dość znaczna ilość skupień jądrowych w postaci tkanki syncytyalnej (Kernhaufen).

19. L. J. męż. l. 30, L. prot. sek. 2 r. 1915. Dementia praecox. Śmierć nagła przy względnem zdrowiu i braku objawów podniecenia.

Na sekcyi: Bardzo znaczne wodogłowie wewnętrzne, znaczne rozszerzenie komór i wodociągu Sylwiusza (aquaeductus), wybitne przekrwienie przysadki. Tarczyca mała, wagi 14 gramów, poprzerastana tkanką łączną. Nadnercza bardzo płaskie i cienkie, jak u noworodka; w lewem nadnerczu brak zupełny istoty rdzeniowej, w prawem rdzeniowa bardzo wązka, nie szersza nad $^1/_2$ milimetra. W żołądku i jelitach znaczna ilość kawałków koców i prześcieradeł.

Tarczyca wykazuje makroskopowo znaczny stopień sklerozy, poprzerastana we wszystkich kierunkach zbitą, prawie bliznowatą tkanką łączną, tu i ówdzie małe ogniska nacieków limfocytowych. Pęcherzyki tarczycy przeważnie małe, w średnicy od 62,5 μ do 93,75 μ, niektóre jeszcze mniejsze; nabłonki w pęcherzykach przeważnie dość nizkie, tu i ówdzie tylko widać dążenie do odradzania się ich; koloid pokurczony, barwiący się żywo czerwono, nie wypełnia pęcherzyków.

Nadnercza poza wązkością istoty rdzeniowej w nadnerczu prawem wykazują naogół dobre chromowanie się komórek tej istoty, natomiast bardzo małe ilości barwika w komórkach warstwy siatkowatej.

20. H. H. kob. l. 34. L. prot. sek. 9 r. 1915. Chora była w Zakładzie 1 dzień, raz zemdlała, raz miała jakgdyby drgawki, była niespokojna, podniecona, biegała po sali, nagle zbladła i zmarła; oto wszystko, co zaznaczono na karcie chorej.

Na sekcyi znaleziono drobniutkie wybroczynki w dnie IV komory. Nadnercza wybitnie małe i płaskie, przyczem w prawem zupełny brak istoty rdzeniowej, w lewem zaś istota nie szersza nad $^1/_2$ milimetra. W tętnicach początki miażdżycy, w postaci zmian szklistych i tłuszczowych, w macicy przewlekłe zapalenie (metritis chronica).

Przysadka silnie przekrwiona, ilość komórek eozynochłonnych widocznie zmniejszona, natomiast dość dużo bazochłonnych i nieco ciążowych.

W nadnerczach poza brakiem w jednem istoty rdzeniowej i wązkością jej w drugiem, widać prawie zupełny brak chromowania się komórek, oraz dość znaczną ich wakuolizacyę.

W gruczołach przytarczycznych nie mogłem znaleść na licznych skrawkach nigdzie komórek kwasochłonnych.

Jajniki w okresie zanikania: silny rozwój tkanki łącznej, mało elementów zewnętrznowydzielniczych, liczne ciała białawe (corpora albicantia), dość liczne komórki śródmiąższowe.

W tarczycy nadmierny rozwój tkanki łącznej i ucisk jej na pęcherzyki z ich zanikiem.

Trzustka bez zmian.

21. B. J. męż. l. 44. L. prot. sek. 53 r. 1915. Chory z rozpoznaniem otępienia przedwczesnego (dementia praecox), zmarł bez widocznej przyczyny, leżąc w łóżku.

Na sekcyi znaleziono tylko wylew krwawy do całego nadnercza lewego, oraz silne przekrwienie nadnercza prawego, jakoteż początkowe zmiany miażdżycowe w tętnicach.

Przy badaniu mikroskopowem nadnerczy stwierdziłem, iż cała istota rdzeniowa, oraz większa część korowej w nadnerczu lewem zostala zniszczona przez krwotok. W pozostałej części kory lipoidów naogół mało, a komórki wykazują objawy zwyrodnienia w postaci głównie zmian miąższowych, oraz tu i ówdzie tłuszczowych.

W nadnerczu prawem również w istocie rdzeniowej można było znaleść drobne wybroczynki. Pozostałe komórki istoty rdzeniowej wykazywały znaczny stopień wakuolizacyi, poza tem jednak dość dobre i wyraźne chromowanie się.

W przysadce mózgowej poza znacznem przekrwieniem i dość obfitą ilością barwika w części tylnej, innych zmian patologicznych nie można było stwierdzić.

Inne gruczoły wewnętrznego wydzielania nie wykazywały żadnych zmian patologicznych.

22. H. kob. lat około 30, L. prot. sek. 101 r. 1915. Chora zmarła bez widocznej przyczyny, słabnąc z dnia na dzień. Rozpoznawano u niej otępienie przedwczesne (dementia praecox).

Na sekcyi znalazłem jedynie pigmentacyę dość znaczną grudek chłonnych w dolnej części jelita grubego, oraz nieco zwiększoną ilość śluzu, zaś nadnercza płaskie, z wązką wybitnie istotą rdzeniową, nie szerszą nad $^3/_4$ milimetra.

Przy badaniu mikroskopowem nadnerczy stwierdziłem prawie zupełny brak chromowania się komórek istoty rdzeniowej, oraz dość znaczną wakuolizacyę tych komórek, w korze zaś małą ilość lipoidów w komórkach. W komórkach warstwy siatkowatej kory ilość barwika była bardzo znaczna.

W przysadce przewaga komórek bezbarwnych nad barwnemi, mało eozynochłonnych i ogniska syncytyalne.

W tarczycy bardzo płaskie komórki pęcherzyków, koloid zaś eozynochłonny zbity.

W gruczołach przytarczycznych wybitnie mało komórek eozynochłonnych.

W trzustce małe i nieliczne wysepki Langerhansa, z których niektóre wykazują budowę syncytyalną.

Jajniki bez zmian.

23. G. N. męż. l. 30, L. prot. sek. 108 r. 1915. Chory zmarł bez widocznej przyczyny, słabnąc z dnia na dzień, pomimo odżywiania się w tym samym stopniu, jak inni chorzy.

Na sekcyi znalazłem obraz, podobny do poprzedniego: wybitną pigmentacyę grudek chłonnych w całem jelicie grubem, większą ilość śluzu ciągnącego się i silnie przylegającego do śluzówki. W innych narządach nie było zmian patologicznych. W nadnerczach istota rdzeniowa szerokości do 2 milimetrów, a więc dość szeroka.

Przy badaniu mikroskopowem nadnerczy stwierdziłem prawie

zupełny brak chromowania się komórek istoty rdzeniowej, oraz dość znaczną wakuolizacyę tych komórek. W komórkach warstwy siatkowatej kory ilość barwika była stosunkowo nieznaczna.

W tarczycy duże ilości dość płynnego, słabo barwiącego się eozynochłonnego koloidu i znaczne różnice w wielkości średnicy pęcherzyków, tak, iż obok siebie leżące pęcherzyki były nieraz 10-krotnie większe w średnicy jedne od drugich. Nabłonki w tych torbielowato rozszerzonych pęcherzykach były bardzo znacznie spłaszczone.

W przysadce mało komórek eozynochłonnych, również mało kwasochłonnych w gruczołach przytarczycznych.

24. Z. T. męż. l. 27, L. prot. sek. 124 r. 1915. Chory zmarł w podnieceniu, z rozpoznaniem obłędu ostrego (delirium acutum).

Na sekcyi stwierdziłem dość znaczne rozszerzenie komór mózgowych z wyściółką ziarnistą, z wyjątkiem komory IV; obecność grasicy, wagi 22 grm.

Grasica zawiera dość znaczne ilości tkanki łącznej, która otacza zbitemi pasmami oddzielne zraziki. W zrazikach widać przewagę istoty korowej nad rdzeniową, obie te istoty niewyraźnie są od siebie odgraniczone. Komórek ściśle nabłonkowych w zrazikach stosunkowo niezbyt dużo, przeważają pseudolimfocyty, w których protoplazmie znajdujemy dość liczne kulki tłuszczu. Ciałek Hassala dość dużo, przeważnie jednak wykazują one zrogowacenie nabłonków, a nawet obecność złogów wapna, znajdujemy jednak dość liczne twory, podobne do ciał Hassala, a składające się najwyżej z 2—3 komórek, gdzie komórki są stosunkowo dobrze zachowane.

Nadnercza: Istota rdzeniowa dość szeroka, dochodzi w średnicy od 1 do $1^1/_2$ milimetra w stosunku do 2—$2^1/_2$ milimetrów szerokości kory; jednak komórki jej chromują się słabo żółto, a w niektórych miejscach nie chromują się zupełnie.

W gruczołach przytarczycznych znalazłem stosunkowo dużo komórek kwasochłonnych.

W przysadce stosunkowo dużo komórek eozynochłonnych i dość liczne bazochłonne, miejscami pasmami wrastające do części tylnej.

W innych gruczołach wewnętrznego wydzielania nie można było stwierdzić żadnych zmian patologicznych.

25. S. W. męż. l. 33, L. prot. sek. 130 r. 1915. Chory zmarł w podnieceniu, z rozpoznaniem: Dementia praecox. Katatonia acuta.

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu, narządów, pigmentacya jelita grubego.

Przysadka mózgowa już makroskopowo przedstawia się nieprawidłowo; część tylna stanowi więcej niż połowę całej przysadki i wbija się pomiędzy płaty boczne części przedniej w postaci klina, tak, iż rozdziela te płaty i dochodzi prawie do torebki przysadki. Płaty boczne przedstawiają się w postaci wązkich, półksiężycowych tworów.

Wprawdzie mikroskopowo ilość komórek eozynochłonnych w stosunku do masy części przedniej wydaje się odpowiednia, a może nawet nieco zwiększona, lecz przy małej ilości tej masy nie można uważać ilości komórek eozynochłonnych za wystarczającą. Poza tem dość liczne komórki bazochłonne.

W nadnerczach istota rdzeniowa dość wązka, średnio wynosi ona $^1/_2$ szerokości korowej, gdzieniegdzie tylko $^3/_4$. Komórki istoty rdzeniowej chromują się na ogół bardzo słabo, w protoplazmie ich występuje ziarnistość, bądź bardzo słabo żółta, bądź nawet ziarnistości żadnej nie znać. W komórkach kory bardzo mało lipoidów.

W innych gruczołach wewnętrznego wydzielania niema zmian.

26. K. M. kob. l. 19, L. prot. sek. 138 r. 1915. Dementia praecox. Katatonia acuta. Delirium acutum.

Na sekcyi: Przekrwienie opon, mózgu, narządów, jednak nie zbyt znaczne; bardzo małe nadnercze prawe, wagi 3,5 grm., z zupełnym brakiem istoty rdzeniowej. W nadnerczu lewem szerokość istoty rdzeniowej wynosi około $^3/_4$ szerokości korowej. Prócz tego obecność grasicy, wagi 26 gramów.

Aby się nie powtarzać, zaznaczę tylko, iż mikroskopowo grasica przedstawiała się mniej więcej, tak jak w przypadku 9.

W tarczycy średnica pęcherzyków bardzo nierównomierna, niektóre z nich torbielowato rozszerzone; koloid płynny, jasny, eozynochłonny.

W gruczołach przytarczycznych ilość komórek kwasochłonnych dość znaczna.

Komórki istoty rdzeniowej nadnercza chromują się stosunkowo dobrze, choć miejscami występują grupy ich, w których zupełnie brak chromowania. W komórkach istoty siatkowate nadnercza lewego ilość barwika nieznaczna.

W innych gruczołach wewnętrznego wydzielania niema zmian.

27. J. T. męż. l. 30, L. prot. sek. 213 r. 1915. Chory zmarł z rozpoznaniem otępienia przedwczesnego (dementia praecox) bez widocznej przyczyny, jedynie zamierając stopniowo.

Na sekcyi znalazłem znaczną pigmentacyę jelita grubego, oraz nieco większe ilości śluzu na powierzchni śluzówki. Przy badaniu gruczołów wewnętrznego wydzielania można było stwierdzić wybitną wązkość istoty rdzeniowej w nadnerczu lewem tak, iż stanowiła ona co do szerokości zaledwie $^1/_4$ część szerokości korowej, oraz dość wązką istotę rdzeniową w nadnerczu prawem, choć nieco szerszą, niż w lewem; stanowiła ona od $^1/_3$ do $^1/_2$ szerokości istoty korowej. Przy badaniu mikroskopowem komórki chromochłonne bądź nie chromowały się zupełnie, bądź chromowały się bardzo słabo.

W przysadce znalazłem w części pośredniej bardzo duże ilości torbielowatych tworów, wypełnionych obficie koloidem płynnym, amfochłonnym, wrastanie dość znacznego pasemka komórek bazochłonnych do części tylnej i naogół mało komórek eozynochłonnych w części przedniej.

W tarczycy pewne niedokształcenie pęcherzyków i brak zróżniczkowania w grupach komórek.

W gruczołach przytarczycznych zupełny brak komórek eozynochłonnych.

28. N. W. męż. lat około 35, L. prot. sek. 219, r. 1915. Dementia praecox. Katatonia acuta.

Na sekcyi znaleziono znaczne przekrwienie opon, mózgu i narządów. W nadnerczu lewem zupełny brak istoty rdzeniowej, natomiast w prawem istota rdzeniowa odpowiednio szeroka, dochodzi w średnicy szerokości istoty korowej. Komórki chromochłonne chromują się słabo, a tu i ówdzie widać grupy, które nie chromują się zupełnie. W komórkach warstwy siatkowatej kory bardzo znaczne ilości barwika.

W przysadce, poza przekrwieniem bardzo znacznem części przedniej i tylnej, poza znaczną ilością barwika w części tylnej, innych zmian nie można było stwierdzić.

W tarczycy, stosunkowo niedużej, występuje bardzo wybitnie nierównomierność średnicy pęcherzyków, tak, iż różnice są tu bardzo znaczne; niektóre pęcherzyki mają średnicę 125 μ, inne, prawie torbielowato rozszerzone, z nabłonkiem silnie spłaszczonym, średnicę 975 μ.

29. P. A. męż. l. 32, L. prot. sek. 227 r. 1915. Dementia praecox. Chory podniecony, ruchliwy.

Na sekcyi lekkie tylko przekrwienie opon i mózgu, natomiast dość znaczne narządów. Słaby stopień wodogłowia wewnętrznego.

Przysadka mózgowa bardzo silnie przekrwiona, szczególniej część tylna, część pośrednia źle rozwinięta, w niej nieco koloidu amfochłonnego; w części przedniej bardzo znaczna ilość komórek bazochłonnych, układających się ogniskowo, w postaci pasm, lub w postaci cewkowatych tworów. Ilość komórek eozynochłonnych bardzo nieznaczna, porozrzucane są one tu i ówdzie przeważnie pojedynczo, lub w małych skupieniach.

W nadnerczach istota rdzeniowa mniej więcej szerokości odpowiedniej, nieco tylko węższa od korowej, jednak komórki jej chromują się bardzo słabo. W komórkach warstwy siatkowatej kory bardzo znaczne ilości barwika i dość znaczne przekrwienie.

W innych gruczołach wydzielania wewnętrznego niema zmian patologicznych.

30. K. S. męż. l. 32, L. prot. sek. 233 r. 1915. Dementia praecox. Chory zmarł bez widocznej przyczyny, słabnąc stopniowo.

Na sekcyi znalazłem tylko ogólną bladość narządów i wogóle wszystkie narządy są bardzo małe, natomiast tłuszczowa podściółka skórna dość dobrze rozwinięta.

Przysadka mózgowa mała, wagi 0,45, leży głęboko w siodełku. Mikroskopowo bardzo w niej mało komórek eozynochłonnych, prawie wyłącznie główne; w różnych miejscach zbiorowiska jąder bez wyraźnych konturów komórek. Tkanka łączna, znacznie silniej rozwinięta w części przedniej i tylnej, tworzy naokoło grup komórek dość grube i zbite pasma, wrastające nieraz widocznemi pasemkami pomiędzy oddzielne komórki.

Tarczyca, choć mała, wagi 24 gramów, prawie cała złożona jest z torbieli koloidowych: nabłonki w pęcherzykach znacznie spłaszczone, tkanka wśród pęcherzyków również podległa zwyrodnieniu koloidowemu, miejscami tylko widać bezkształtną masę, wśród której rzucone są grupy, lub oddzielne, znacznie zmienione komórki tarczycy.

W nadnerczu prawem zupełny brak istoty rdzeniowej,

w lewem istota ta bardzo wązka, w najszerszych miejscach dochodzi w średnicy zaledwie do 864 μ. Komórki chromochłonne wykazują tylko bardzo słabe żółtawe barwienie się.

W gruczołach przytarczycznych prawie zupełny brak komórek kwasochłonnych, tylko tu i ówdzie leżą pojedyncze komórki.

Jądra małe, wagi 14,2 i 16,0 grm., wykazują słabe objawy spermatogenezy i więcej, niż zwykle, tkanki łącznej.

31. H. S. męż. l. 30, L. prot. sek. 235 r. 1915. Dementia praecox. Chory zmarł bez widocznej przyczyny, zamierając stopniowo.

Na sekcyi stwierdzono tylko znaczną pigmentacyę jelita grubego i nieco większe ilości śluzu na jego powierzchni.

Istota rdzeniowa nadnerczy odpowiedniej szerokości, prawie tak szeroka, jak korowa. Komórki jej natomiast chromują się bardzo słabo. W istocie korowej prawie zupełny brak lipoidów, które zjawiają się tu i ówdzie w nieco większej ilości tylko w grupach komórek, gdy pozostałe, liczne, nie zawierają ich zupełnie.

W przysadce i gruczołach przytarczycznych bardzo małe ilości komórek eozynochłonnych.

Tarczyca zmian nie wykazywała.

32. A. J. męż. l. 18, L. prot. sek. 255 r. 1915. Dementia praecox. Katatonia acuta. Zmarł w podnieceniu.

Na sekcyi przekrwienie opon, mózgu, narządów.

W przedniej części przysadki wybitnie mało komórek eozynochłonnych, bardzo dużo bazochłonnych.

Nadnercza jak u noworodka, płaskie, istota rdzeniowa wybitnie wązka, nie daje się zmierzyć makroskopowo, mikroskopowo zaś wynosi jej szerokość zaledwie 270 μ. Komórki jej prawie nie chromują się.

W innych narządach zmian niema.

Grasica, częściowo zachowana, wykazuje jednak budowę odpowiednią dla danego wieku. (Dok. nast.).

Spostrzeżenia dotyczące cholery w r. 1915.

Podał

Dr Władysław Dziewoński.

(Ciąg dalszy).

Dzienna ilość wymiotów również była rozmaitą. Największą ilość określano jako »ustawiczne wymioty«. Tę ilość spostrzegano u jednego chorego w 5. i 6. dniu choroby, u drugiego, który przybył w 6. dniu choroby, w 6, 7, 8 i 10 dniu (umarł 15. dnia) i u trzeciego w 9. dniu choroby, w którym to dniu przybył. »Bardzo częste« lub »częste« wymioty stwierdzono w 5—8. dniu choroby u chorego, który przybył w czwartym dniu choroby; w 3—6. dniu choroby u chorego, który przybył w drugim dniu choroby i u 2 innych chorych w 1. i 2. dniu choroby. Prócz tego spotykaliśmy 20, 17, 14, 10 wymiotów na dzień, zazwyczaj jednak niżej 10 razy dziennie.

W niektórych przypadkach odnieśliśmy wrażenie, jakby wymioty były czemś indywidualnem, n. p. chorzy wrażliwi częściej i dłużej wymiotowali, jak również chorzy, którzy wiele pili; ale wogóle im więcej wymiotów i im dłużej trwają, tem zazwyczaj cholera cięższa. Wymioty zwykle występowały nagle, czasem gwałtownie. Wymiociny zawsze były płynne, często żółcią zabarwione. Wymioty trwały z reguły krócej od biegunki. Tylko w 5 przypadkach stwierdziliśmy, że trwały dłużej od biegunki, jednak nie ponad 2 dni. Zresztą albo równocześnie z biegunką ustępowały, albo, co najczęściej, biegunka trwała dłużej, niejednokrotnie znacznie dłużej.

Wymioty w przebiegu cholery ciężkiej tem różnią się od wymiotów w przebiegu choleryny, że może większą ilość dni trwają i ich dzienna ilość jest wyższa.

Biegunka w cholerze ciężkiej nie trwała dłużej, niż w biegunce cholerycznej i cholerynie; — wynikałoby z tego że nie czas trwania biegunki rozstrzyga o ciężkości choroby, ale jej nasilenie (dzienna ilość stolców), a przedewszystkiem działanie toksyn.

Ilość stolców dziennie oddanych była różną. U 13 chorych stwierdziliśmy oddawanie stolców w łóżko; z nich umarło 10; dowodzi to wielkiego osłabienia i ma prognostycznie złe znaczenie. Oddawania w łóżko nigdy nie widzieliśmy w pierwszym dniu choroby, lecz w późniejszych dniach, u niektórych na 2—3 dni przed śmiercią. »Bardzo liczne« stolce były u 4 chorych, około 30 u 3. Zresztą pomiędzy 10—20 i poniżej 10 u 29 chorych.

Przejście do prawidłowych wypróżnień odbywało się podobnie, jak w cholerynie. Z 46 przypadków, w których zapisano jakość stolców, w 34 były ryżowe, w 6 żółtawo białe, raz zielono białe, w 3 brunatne, raz papkowate. Podczas zdrowienia barwa zmieniała się podobnie, jak w cholerynie. Podobnie jak w cholerynie, pojemność pojedynczych stolców jest zazwyczaj duża; uwzględniając to, choćby ilość dziennie oddanych stolców nie była wielką, utrata wody z krwi i tkanek może być znaczną. Tem różni się cholera od czerwonki i nieżytu jelit.

Najniższą ciepłotę spostrzegaliśmy 34° u jednego chorego, który wyzdrowiał, i u 4 chorych niżej 35°, z których jeden umarł; zresztą, pomijając przypadki powikłane, ciepłota wahała się zwykle pomiędzy 35—36·5°. W okresie zdrowienia podnosiła się ciepłota do 36·8°. W 4 niepowikłanych przypadkach zauważyliśmy gorączkę: u pierwszego chorego jednodniową w 8. dniu choroby do 38·9°, u drugiego w 8—10. dniu choroby do 38°, u trzeciego w 7. dniu do 37·0°, (ci umarli), u czwartego (wyzdrowiał) w 13—18 dniu do 39°.

Tętno niżej 70 spotykaliśmy bardzo rzadko; zazwyczaj w przypadkach średniego nasilenia między 70—90, w ciężkich 100 i wyżej, wreszcie stan bez tętna. Z większem nasileniem choroby ilość tętna wzrasta (pojawia się duszność,

ilość oddechów się zwiększa), a w końcu tętno znika. Im tętno liczniejsze, tem słabiej napięte, w końcu niewyczuwalne.

Białko w moczu badaliśmy u 17 chorych (u innych albo z powodu bezmoczu lub oddawania moczu w łóżko nie można było zbadać). U 12 z nich stwierdzono białkomocz, trwający 4 do 9 dni, u 5 nie stwierdzono białkomoczu. Białkomocz u naszych chorych należał więc do bardzo częstych zjawisk (48·8%); ilość białka wynosiła w przypadkach, w tym względzie badanych 0·25 – 2‰. (Essbach).

Bezmocz stwierdziliśmy u 9 chorych; prawdopodobnie jednak był on i u tych, którzy oddawali wodniste stolce w łóżko, gdzie jednak nie można go było napewno stwierdzić. Bezmocz nie trwał długo, u jednego chorego do 4 dni, u 3 do 3 dni, zresztą po jednym dniu. Z nich umarło 5.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Higiena społeczna.

Uwagi o barakach uchodźczych w Chotzen ogłosił Dr Jan Opieński, starszy lekarz powiatowy ze Lwowa, na zasadzie doświadczeń i spostrzeżeń, które zebrał jako szef lekarski w Chotzen od maja do października 1915 (zatem już w okresie poczynającej się w barakach poprawy). Uwagi te są napisane bardzo przedmiotowo i dlatego właśnie bardzo wymowne. W Chotzen było 38 baraków, każdy na 500 osób. »Trudności w oświetleniu, ogrzaniu, przewietrzaniu, utrzymaniu czystości, porządku, zwalczaniu chorób zakaźnych i wzgląd na obyczajność publiczną — pisze autor — przemawiają jaknajbardziej stanowczo przeciw takiemu systemowi barakowemu«. Autor »nie chce nawet szczegółowiej wchodzić« w trudności, na które w barakach natrafiała higiena mieszkania wskutek »braku zapasów słomy, konieczności oszczędzania mydła, braku dostatecznej liczby koni do wywozu nieczystości kloacznych«... Sprawa żywienia »nie została w Chotzen rozwiązana całkowicie«. Strawa jednostajna, a »według obcego smaku i obyczaju« przyrządzona, nie mogła zadowolić ludności polskiej z różnych okolic i różnych zawodów. Od czasu do czasu brakło mleka, »przez co szczególniej bardzo cierpiały matki z małemi dziećmi«. Kontrolę pożywienia wykonywał — urzędnik przedsiębiorcy, który uchodźców żywił... Toteż autor uważa za konieczną kontrolę inną, od przedsiębiorcy niezależną. Dopiero po przybyciu autora do Chotzen wzięto się do budowy oddziału zakaźnego i porodowego w barakowym szpitalu... r.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wyszedł z druku II zeszyt III tomu »Rocznika lekarskiego«, zawierający prace Dr Olbrychta: »Nasienie męskie i sposoby jego wykazania« oraz Dr Nowaczyńskiego »Wrzód dwunastnicy«. Zeszyt ten został rozesłany czytelnikom »Przeglądu lekarskiego« jako bezpłatny dodatek do Nru 9.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Stanisław Hodbod z Woli mieleckiej, Rudolf Tatkowski z Łąki i Leon Latocha z Teodorówki w Galicyi.

— Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego składa podziękowanie WPanu Dr Stanisławowi Serkowskiemu z Warszawy za przysłane bibliotece książki. Dr Blassberg.

— Redaktor »Kalendarza lekarskiego« Dr Klęsk wyda w najbliższym czasie Kalendarz na r. 1917. Zamawiać kalendarz należy w Redakcyi (ul. św. Jana 18, Kraków) zapomocą pocztówki.

Warszawa. Wiceprezesem Rady miejskiej został wybrany Dr Józef Zawadzki, członkami Magistratu Dr Paderewski, Radziwiłłowicz i Rychliński.

— Uniwersytet Jagielloński nadał Dr Alfredowi Sokołowskiemu jeszcze w r. 1914 doktorat honorowy medycyny. Z powodu wojny dyplom nie mógł być wtedy doręczony; dopiero obecnie, z końcem lipca, wręczył go Dr Sokołowskiemu rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Dr Kostanecki.

— W czerwcu weszła w życie w Uniwersytecie warszawskim studencka kasa chorych, której zarządzającym jest dziekan prof. Kryński. Kuratoryum kasy składa się z rektora uniwersytetu, sędziego uniwersyteckiego i profesora zarządzającego kasą. Członkami kasy są wszyscy studenci; na początku każdego półrocza opłaca każdy wraz z czesnem 2 marki. (Med. i Kron. lek. Nr 30).

— W Radoszycach w Królestwie polskiem wakuje posada lekarza okręgowego z płacą 12 koron dziennie; zgłoszenia do austryackiej c. i k. Komendy obwodowej w Końskich.

Zmarli: Dr Ludwik Chybczyński w 50 r. ż., Dr Józef Piotrowski w 48 r. ż. i Dr Mieczysław Landsberg w 50 r. ż. w Warszawie, Dr Antoni Podobiński w 73 r. ż. w Myślenicach, Dr Franciszek Sobolewski, emer. krajowy inspektor sanitarny, b. poseł sejmowy z m. Sambora, Dr Jan Regiec w 63 r. ż. w Krakowie;

dermatolog prof. Neisser we Wrocławiu, chirurg Horsley w Londynie.

Redakcya otrzymała: Opieński: Erfahrungen auf dem Gebiete des Sanitätswesens im Flüchtlingslager (»Amtsarzt« 1916).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LV. Kraków, 1. września 1916. Nr 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu farmakologicznego Uniwersytetu Lwowskiego.
Dyrektor: Prof. Dr L. Popielski.

Alkohol i wydzielanie soku żołądkowego.

Podał

Dr L. Warchoł,

asystent Zakładu.

Z licznych badań klinicznych i eksperymentalnych wysnuwano wniosek, że alkohol jest potężnym bodźcem dla gruczołów żołądkowych. Pomimo to jednak sprawa oddziaływania alkoholu na gruczoły żołądkowe nie może być uważana za rozstrzygniętą. Przy badaniach nad gruczołami żołądkowymi spotykamy się zawsze z nieuchwytnym i trudnym do wyłączenia wpływem psychicznym, który przy najmniejszych, pozornie wcale nieważnych zabiegach przejawia swoje działanie obfitem wydzielaniem soku żołądkowego. W dawniejszych badaniach nie liczono się wcale z tym tak doniosłym psychicznym wpływem. Moje badania nie rozstrzygają również sprawy działania alkoholu na gruczoły żołądkowe w sposób bezwzględnie pewny. W każdym jednak razie czynią one prawdopodobnem, że alkohol jako taki nietylko nie jest bodźcem dla gruczołów żołądkowych, lecz nawet przeciwnie, w pewnych warunkach zupełnie powstrzymuje wydzielanie soku żołądkowego.

Badania swoje wykonałem w przewlekłej formie na psach z dwiema przetokami: żołądkową i dwunastniczą. Przez przetokę dwunastniczą wprowadzałem w każdem doświadczeniu cewnik z balonikiem, który wydymałem pewną dokładnie określoną ilością powietrza do tego stopnia, że połączenie jelit z żołądkiem było zupełnie zamknięte. W ten więc sposób usuwałem możność dostawania się zawartości jelit (żółci i soków: trzustkowego i jelitowego) do żołądka. Za pomocą drugiego cewnika, wsuniętego do przetoki dwunastniczej, wprowadzałem alkohol do jelit.

Przedewszystkiem przytoczę niektóre z doświadczeń, potwierdzających całkowicie dawniejsze spostrzeżenia, że alkohol jest potężnym bodźcem dla gruczołów żołądkowych.

Doświadczenie IV.

16. VII 1913. Pies »Biały« 13.800 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą. Zbieranie soku żołądkowego rozpoczęto w 8 minut po przepłukaniu żołądka.

O 7 h 55′ zaczęto zbierać sok żołądkowy; w odstępach 15-minutowych wydzieliło się: 4,8 — 1,7 — 1,2 — 1,2 razem 8,9 cm³ w ciągu godziny.

O 8 h 57′ wprowadzono psu przez przetokę dwunastniczą do jelit w ciągu 2′ 100 cm³ 5% alkoholu etylowego.

O 9 h 10′ pies zupełnie się uspokoił, zwiesił głowę w dół i drzemie (przez 30′ — do 9h 40′).

Wydzielanie co 15 minut: 5,0 — 4,7 — 10,0 — 5,2, razem 24,9 cm³ w ciągu godziny.

O 10 h 00′ pies staje się znowu niespokojnym i oblizuje się co chwilę. Wydzielanie co 15 minut: 7,0 — 4,7 — 4,5 — 4,0 razem 20,2 cm³ w ciągu godziny.

W następnej godzinie wydzielanie:

3,8 — 4,5 — 6,0 — 4,3 razem 18,6 cm³ w godzinie.

O 11 h 45′ pies zachowuje się spokojnie aż do końca doświadczenia.

Potem wydzieliło się jeszcze 5,0 cm³ za ½ godziny.

Następne doświadczenie VII wskazuje, że wydzielanie soku żołądkowego, już istniejące, wzmaga się pod wpływem alkoholu bardzo wybitnie.

Doświadczenie VII.

17. VII 1913. Pies »Biały« 13,800 klg wagi z dwiema przetokami. Żołądek przepłukany.

O 10 h 00′ zaczęto zbierać sok żołądkowy. Wydzieliło się w odstępach 15 minutowych: 6,4 9,2 9,0 4,2 razem 28,8 ccm w ciągu godziny.

O 11 h 00′, wprowadzono psu do dwunastnicy w ciągu 1′30″ — 100 ccm 10% alkoholu etylowego.

O 11 h 02′ pies staje się niespokojnym, piszczy i oblizuje się co chwilę.

O 10 h 10′ pies zwiesił głowę i drzemał z małemi przerwami do 11 h 30′.

W następnej godzinie wydzieliło się: 11,7 16,0 24,0 13,5 razem 65,2 ccm w godzinie.

O 12 h 10′ pies zasypia na 5′. Dalsze wydzielanie mierzone co 15′: 12,2 8,0 13,0 9,3 razem 42,5 ccm w ciągu godziny; o 12h 20′ pies zwiesza głowę w dół i drzemie do 12h 30′.

Od g. 12h 30′ pies już nie spał, ale był spokojny aż do końca doświadczenia, tylko od czasu do czasu oblizywał się.

Dalsze wydzielanie: 14,0 10,0 10,0 8,2 razem 42,2 ccm w ciągu godziny.

O g. 2 h 00′ doświadczenie przerwano, gdyż pies zaczął wymiotować śliną.

W przytoczonych doświadczeniach na uwagę zasługuje to, że nawet tak małe ilości alkoholu, jak 5,0 gr i 10,0 gr dla psa 13,800 klg wagi, już wywołują obfite wydzielanie soku żołądkowego. Następnie ciekawem jest, że podwojenie ilości alkoholu nie zwiększyło ilości soku żołądkowego, jak to widać z doświadczenia VIII w porównaniu z doświadczeniem VII i IV.

Doświadczenie VIII.

19. VII 1913. Pies »Biały« 13,800 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą. Żołądek przepłukany.

O 9 h 15′ zaczęto zbierać sok żołądkowy. Wydzielanie mierzone co 15′: 6,2 5,0 5,1 3,8 razem 20,1 ccm za godzinę.

[1]) Krótką wzmiankę o tych doświadczeniach umieścił prof. Dr Popielski w »Walce z alkoholizmem« 1914 r. Rok II. Kwartał 1, Nr 1, str. 161—163.

O g. 10 h 15′ wprowadzono psu do dwunastnicy w ciągu 2 minut 100 ccm 20% alkoholu etylowego.

O g. 10 h 18′ pies staje się niespokojnym, rzuca się i oblizuje się co chwilę.

O g. 10 h 23′ zaczyna się wydzielać sok żołądkowy.

O g. 10 h 25′ pies uspakaja się zupełnie, zwiesza głowę w dół i drzemie; sok żołądkowy wydziela się teraz bez przerwy

O g. 10 h 30′ pies popadł w sen, który trwał bez przerwy. przez 15′; podczas tego sok wprost lał się z przetoki.

Dalsze wydzielanie: 6,4 16,4 14,0 8,0, razem 44,8 ccm w ciągu godziny.

O g. 10 h 47′ pies budzi się. Odruchy zachowane.

O g. 11 h 25′ pies się wypręża, przyczem wydzielanie soku wstrzymuje się na chwilę.

Dalsze wydzielanie: 7,8 8,2 7,3 7,4 razem 30,7 ccm w ciągu godziny.

O g. 11 h 40′ pies zasypia; podczas tego snu sok wydziela się nieprzerwanie.

O g. 11 h 56′ pies budzi się.

Dalsze wydzielanie: 9,0 7,0 8,5 4,6 razem 28,7 ccm w jednej godzinie.

Alkohol wprowadzony podskórnie również wywołuje wydzielanie soku żołądkowego, jak to widać z doświadczenia IX.

Doświadczenie IX.

22. VII 1913 Pies »Biały» 13,800 klg wagi z dwoma przetokami. Żołądek przepłukany.

O g. 7,30′ zaczęto zbierać sok żołądkowy co 15′ w ilości: 6,5 2,0 5,0 0,2 razem 53,7 ccm w ciągu godziny.

O g. 8 h 30′ wprowadzono psu podskórnie 40 ccm 40% alkoholu etylowego w przeciągu 2′.

O g. 8 h 33′ pies oblizuje się bez ustanku i jest trochę niespokojny.

O g. 8 h 37′ pojawia się odrazu silne wydzielanie soku żołądkowego.

O g. 8 h 40′ pies zwiesza głowę w dół i drzemie.

Dalsze wydzielanie: 17,2 10,5 6,2 3.3 razem 37,2 ccm w ciągu godziny.

O g. 8 h 47′ pies podnosi głowę, oblizuje się co chwilę zwraca głowę na obydwie strony, zawraca się.

Dalsze wydzielanie: 3,2 2,7 razem 5,9 ccm w ciągu $^1/_2$ godziny.

Gdybyśmy chcieli oprzeć się na powyższych doświadczeniach, to należałoby przyjąć jako pewnik, że alkohol jest bodźcem dla gruczołów żołądkowych. Jednakowoż należy tu zaznaczyć, że pies »Biały«, na którym wykonano powyższe doświadczenia, oddziaływał stale na każdy zabieg, zwłaszcza związany z jego przewodem pokarmowym, wydzielaniem soku żołądkowego, co wskazywało na jego szczególnie wielką pobudliwość psychiczną. Wskutek tego doświadczenia na psie »Białym» nie mogą służyć za dowód bezwzględnie pewny, że alkohol jest bodźcem dla gruczołów żołądkowych, gdyż wydzielanie soku żołądkowego w doświadczeniach na tym psie mogło być następstwem wpływu psychicznego, wywołanego samym zabiegiem wprowadzania alkoholu.

Mianowicie zwraca uwagę ta okoliczność, że nawet tak mała ilość alkoholu, jak 5,0 gr na 13.800 klg wagi psa, to jest 0,35 gr na 1 klg, już wywołuje ogromne wydzielanie soku żołądkowego. Natomiast 20,0 gr alkoholu wywołało u tego samego psa mniejsze wydzielanie soku, aniżeli 10,0 gr, wobec czego wydaje się mało prawdopodobnem, żeby alkohol jako taki wywierał wpływ na wydzielanie soku żołądkowego. Wiemy bowiem, że — przynajmniej do pewnych granic — tem większe jest działanie danego ciała, im więcej go wprowadzamy. Nie można zaś tu wcale o tem mówić, że alkohol rozcieńczył się właśnie przy 20,0 gr znajdującą się w jelitach treścią, gdyż zawsze przekonywaliśmy się przed doświadczeniem, czy z przetoki dwunastniczej nie wydostaje się przypadkowo zawartość jelit na zewnątrz.

Ażeby więc sprawę tę wyjaśnić, a przynajmniej zbliżyć się do jej rozstrzygnięcia, wykonałem doświadczenia analogiczne do poprzednich na psach, które przy innych doświadczeniach, wykonanych również na przewodzie pokarmowym, nie oddziaływały wcale albo tylko w słabym stopniu wydzielaniem »psychicznego« soku żołądkowego. Naturalnie i u tych psów nie dało się uniknąć w zupełności wpływu psychicznego z tego powodu, że alkohol, zwłaszcza w silniejszych rozczynach, drażniąc błonę śluzową przewodu pokarmowego, mógł w następstwie tego prowadzić do powstania bodźców psychicznych.

Doświadczenie XII.

2. I. 1914. Pies »Kudłaty«, 17,500 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą. Żołądek przepłukany przed doświadczeniem.

O 8 h 30′ zaczęto zbierać sok żołądkowy.

O 9 h 15′ w probówce zebrała się nieznaczna ilość wydzieliny śluzowej o odczynie zasadowym.

O 9 h 15′ wprowadzono psu do dwunastnicy 100 ccm 5% alkoholu etylowego; pies podczas wprowadzania ustawicznie się oblizuje i połyka ślinę.

O 9 h 15′ zaczęto zbierać sok żołądkowy co 5′.

O 9 h 20′ pies dostaje wymiotów.

O 9 h 25′ brak zupełny soku żołądkowego.

O 9 h 35′ pokazuje się pierwsza kropla płynu śluzowatego słabo kwaśnego.

Od godz., 9,40 zebrano co 5 minut: 1,0 1,2 1,1 0,7 0,5 0,2 wogóle 4,7 ccm w ciągu 30′.

O 10 h 10′ wprowadzono psu do dwunastnicy 100 ccm 10% alkoholu etylowego; pies zachowywał się spokojnie.

O 10 h 10′ zaczęto zbierać sok żołądkowy co 5′ w ilości: 0,5 0,7 0,3 0,5 0,5 0,5 razem 3,0 ccm w ciągu 30 minut.

Jak z powyższego doświadczenia widzimy, pierwsza kropla soku żołądkowego po wprowadzeniu 5,0 gr alkoholu pojawiła się dopiero po upływie 20 minut od chwili wprowadzenia, co pozwala wyłączyć zupełnie wpływ psychiczny. Wydzielanie soku jest bardzo małe, gdyż w ciągu 30′ wydzieliło się tylkn 4,7 ccm soku żołądkowego. Również następne wprowadzenie 10,0 gr alkoholu nie wywołało wcale zwiększenia wydzielania, gdyż w przeciągu 30′ wydzieliło się 3,0 ccm śluzowatego płynu.

Doświadczenie XIII.

12. I. 1914. Pies »Kudłaty« 17,500 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą.

o 8 h 00′ zaczęto zbierać sok żołądkowy.

o 9 h 00′ w probówce zgromadziła się wydzielina gęsta, śluzowata, o odczynie zasadowym.

o 9 h 00′ wprowadzono do dwunastnicy 100′ ccm 20% alkoholu etylowego; pies podczas wprowadzania oblizuje się i łyka ślinę.

o 9 h 20′ zjawia się pierwsza kropelka płynu oddziałującego kwaśno; pies popada w sen i śpi z małemi przerwami przez dalszy ciąg doświadczenia — sok przedstawia się pod postacią gęstego płynu, słabo kwaśnego.

Dalsze wydzielanie co 5′: 0,5 0,5 0,5 0,7 0,3 0,3 0,2 razem 3,5 ccm w ciągu 40′.

W powyższem doświadczeniu wprowadzenie 20,0 gr alkoholu wywołało dopiero po upływie 20 minut zjawienie się słabo kwaśnej kropelki soku żołądkowego. Wydzielanie w dalszym ciągu było niezmiernie małe, bo od godz. 9 h 20′ do 10 h 00, (w ciągu 40′) wydzieliło się zaledwie 3,5 ccm, i to słabo kwaśnego, śluzowatego płynu. — Jeśli porównamy wyniki doświadczenia XII i XIII, to nie znajdziemy żadnej różnicy w wydzielaniu soku od wprowadzania 10,0 gr i 20,0 gr alkoholu. Natomiast porównanie wpływu alkoholu na wydzielanie soku żołądkowego u psów »Białego i »Kudłatego« wykazuje, że już tak nieznaczna ilość alkoholu, jak 5,0 gr, wywołuje u psa »Białego« olbrzymie wydzielanie soku żołądkowego, natomiast u psa »Kudłatego« znacznie większa ilość alkoholu nie wywołuje prawie żadnego wydzielania soku.

Jednakże dalsze zwiększenie ilości alkoholu do 30,0 gr

wywołało i u psa »Kudłatego« wybitne wydzielanie soku żołądkowego, jak na to wskazuje doświadczenie XIV.

(Dokończenie nastąpi).

Z pracowni anatomopatologicznej Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie (Lwów).

O zmianach w gruczołach wewnętrznego wydzielania u umysłowo chorych, zmarłych bez widocznej przyczyny.

Podał

Prof. Dr Józef Hornowski.

(Dokończenie)

Przed przejściem do wniosków, wypływających z wyników moich badań, muszę choć w kilku słowach omówić stanowisko, na którem stoję przy rozstrzyganiu o tem, czy dany gruczoł wewnętrznego wydzielania zachowuje się histologicznie prawidłowo pod względem swego wydzielania wewnętrznego.

Co się tyczy nadnerczy, to wiemy, iż jedną z najważniejszych ich części składowych jest istota rdzeniowa, której komórki, tak zwane komórki chromochłonne, wytwarzają niezbędne dla życia ilości adrenaliny, służącej do utrzymania w naszym ustroju pewnego napięcia życiowego.

Dlatego też wszelka nadmierna wązkość tej istoty rdzeniowej, która u człowieka w średnim wieku powinna być mniej więcej szerokości istoty korowej, lub nieco tylko węższa, jest wrodzonem upośledzeniem w rozwoju nadnerczy, utrudnia znacznie utrzymywanie pewnego napięcia życiowego w ustroju, zwiększa, przez większe zapotrzebowanie ze strony mniej licznych komórek, pracę tych komórek, i tem łatwiej i szybciej doprowadzić może te komórki do wyczerpania się.

Wrodzone niedokształcenie, lub nawet brak w jednem nadnerczu istoty rdzeniowej mamy w przypadkach: II., IV., VI., IX., X., XI., XIV., XV., XVI., XIX., XX., XXII., XXV., XXVI., XXVII., XXVIII., XXX., XXXII.

Z wyczerpaniem komórek chromochłonnych, co wyraża się przez gorsze ich chromowanie się, lub nawet brak chromowania, jak również przez ich wakuolizacyę, bądź u osobników z wrodzoną wązkością istoty rdzeniowej, bądź z dobrze rozwiniętą istotą rdzeniową, spotkaliśmy się w przypadkach wszystkich, z wyjątkiem VI., XVI, XVII., XIX..

Z wybroczynami do istoty rdzeniowej mamy do czynienia w przypadku V., z wylewem krwawym w XXI. Upośledzają one również oczywiście działalność komórek istoty rdzeniowej.

Również i pewne większe lub mniejsze braki w ilości lipoidów w korze musimy uważać za wyraz obniżonej działalności kory nadnerczy, może za pewien stopień wyczerpania się wydzielania wewnętrznego jej komórek. Z tem spotkaliśmy się w przypadkach III., V., XI., XXI., XXII., XXV., XXXI.

Z dotychczasowych moich badań i prac wynika, iż obecność dużej ilości barwika w komórkach warstwy siatkowatej kory jest wyrazem nadmiernej pracy w ciągu życia nadnercza, ewentualnie komórek jego istoty rdzeniowej. Z tego względu zapatruję się na duże ilości barwika w tych komórkach, jako na wyraz przepracowania nadnerczy.

Z takiem przepracowaniem mamy do czynienia w przypadkach: I, II., IV., VIII., XII., XIV., XV., XXII, XXIX.

Co się tyczy przysadki mózgowej, to ponieważ, o ile sądzić można, przednia jej część ma główne znaczenie w wydzielaniu wewnętrznem, przeto wszelkie wrodzone zmniejszenie na korzyść tylnej jest związane z pewnem upośledzeniem wrodzonem czynności przysadki. O tem możemy mówić w naszych przypadkach: I., II., XIV., XV., XXV.

Najczynniejszym elementem wydzielania wewnętrznego przysadki jest komórka eozynochłonna; im więcej tych komórek, tem lepiej wydziela przysadka, im ich mniej, tem bardziej wydzielanie to jest upośledzone. Mamy to w przypadkach: I., III., V., VIII., XIII., XIV., XV., XVI., XVII., XX., XXII., XXIII., XXVII., XXIX., XXX., XXXI.

Również pewien bezład w komórkach, tak jak to mamy w przypadku I, oraz obecność większej ilości ognisk syncytyalnych, jak w przypadkach I., III., V., XIII., XVIII., XXII., XXX., są oznaką zmniejszonej czynności przysadki.

Nadmierny rozwój tkanki łącznej w przysadce również upośledzać musi czynność wydzielniczą jej komórek, zupełnie tak samo, jak i w innych narządach. Z tem mamy do czynienia w przypadkach: XII., XVII., XVIII, XXX.

Również zgrubienie i zwapnienie torebki przysadki, jak w przypadku V., musi niekorzystnie wpływać na jej wydzielanie.

Przechodząc do tarczycy, która stoi na trzeciem miejscu wśród gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, wykazujących objawy wyczerpania w niewyjaśnionych przypadkach śmierci u umysłowo chorych, zaznaczę, iż możemy tu mieć rozmaite zmiany.

Usunięcie tarczycy z wydzielania wewnętrznego nie ulega żadnej wątpliwości, jak w przypadku VI., gdzie jeden jej płat został zniszczony przez krwotok, drugi zaś wykazywał znacznego stopnia zwyrodnienie torbielowato-koloidowe, które to zwyrodnienie spotykamy i w przypadkach: XI., XXX,

Również nadmierny rozwój tkanki łącznej, uciskającej na pęcherzyki, jak w przypadkach: XVII., XVIII., XIX., XX., musi upośledzać czynność wydzielniczą tarczycy.

O upośledzeniu tej czynności musimy myśleć i w tych przypadkach, w których występuje znaczniejsze spłaszczenie komórek pęcherzyków (przy nadczynności, jaką wykazuje tarczyca — w chorobie Basedowa — nabłonki bujają i powiększają się) i znaczne różnice w średnicy oddzielnych pęcherzyków. Takie obrazy mamy w przypadkach: VIII., IX., XII., XV., XXII., XXIII., XXVI., XXVIII.

Wreszcie czasami tarczyca rozwojowo może być niedokształcona, jak w przypadkach XVI. i XXVII., co również upośledza jej czynność.

W gruczołach przytarczycznych komórki kwasochłonne uchodzą dziś za elementy najczynniejsze, zaś o jako takiej sprawności w wydzielaniu wewnętrznem gruczołów przytarczycznych mówi nam wyraźne odgraniczanie się, ostre konturowanie komórek głównych. Natomiast zjawianie się ognisk jądrowych, występowanie obrazów tkanki syncytyalnej, jest wyrazem upośledzonej czynności komórek. Z takimi obrazami spotkaliśmy się w przypadkach: VI., VII., X., XVIII., XX., XXII, XXIII., XXX, XXXI.

Oczywiście wybroczyny do samych gruczołów lub naokoło nich, wybroczyny, które uciskają i na drobne doprowadzające do tych gruczołów naczyńka i na nerwy, muszą siłą rzeczy wywoływać upośledzenie działalności tych gruczołów. Taki obraz mamy w przypadku VII.

Obecność grasicy u osobnika dorosłego, grasicy czynnej pod względem wydzielania wewnętrznego, wywołuje, jak to wiadomo, pewną równowagę niestałą w ustroju, do której naruszenia wystarczy, jak to wiemy z licznych klinicznie i sekcyjnie spostrzeganych przypadków, bardzo nieznaczna przyczyna. Przy obecności grasicy możemy mieć do czynienia bądź z grasicą zachowaną, która nie podlegała nigdy inwolucyi, jak w przypadkach IX., X, XXVI., bądź też z grasicą, która w swoim czasie zaczęła podlegać tej inwolucyi, natomiast później znowu ożywiła się w znaczeniu wewnętrznego wydzielania, jak w przypadku XXIV.

W poprzednich pracach swoich wykazałem, iż we wszystkich tych przypadkach nietrudno o przyczynę, która u takiego wagotonicznego osobnika może wywołać śmierć.

Co się tyczy gruczołów płciowych, jak w na-

szych przypadkach III., VII., XI., XX. jajników, lub jąder w przypadkn XXX., to wogóle trudno mówić o znaczeniu ich w wydzielaniu wewnętrznem pod względem histologicznym. O ile jednak sądzić można, zanik tych gruczołów, czy to w okresie pokwitania, a tembardziej przedwcześnie, jak w przypadku XX-, ewentualnie i III., i XXX. musi za sobą pociągnąć cały szereg zaburzeń ze strony ustroju, które mogą osłabiać jego odporność.

Wreszcie w przypadkach XVII. i XXII. znalazłem i zmiany w trzustce. Polegały one bądź na małej ilości i na małości wysepek Langerhansa, na ich budowie syncytyalnej, bądź również i na zwiększonej ilości tkanki łącznej w samej trzustce.

Przypuszczam na zasadzie badania i innych gruczołów w przypadku XVII., że mieliśmy tam do czynienia z moczówką cukrową, zaś w przypadku XXII. tylko z nieprawidłową pod względem wydzielania wewnętrznego czynnością trzustki.

Dodać tu muszę, że wogóle trudno orzec, czy zmniejszona ilość wysepek Langerhansa jest sprawą wrodzoną, czy też nabytą sprawą chorobową późniejszą; taksamo musimy się zapatrywać i na zupełny brak komórek kwasochłonnych w gruczołach przytarczycznych, jak w przypadkach XX. i XXVII., które to komórki, jak to wykazałem w poprzednich swoich pracach, zjawiają się w gruczołach przytarczycznych nie zaraz po urodzeniu się dziecka, lecz znacznie później; dlatego też w tablicach, które obecnie przytoczę, w odpowiednich działach stawiam znaki zapytania.

Co się tyczy samych tablic, to przytaczam je dlatego, aby po omówieniu i opisaniu przypadków można się było łatwiej zoryentować co do istotnego znaczenia zmian, spotykanych przy nich w gruczołach wewnętrznego wydzielania, oraz co do ilości niewydolnych w znaczeniu wewnętrznego wydzielania tych gruczołów w każdym poszczególnym przypadku.

Przypadki spostrzegane dzielę na dwie grupy — jedną, w której śmierć osobnika następowała w okresie podniecenia, — inną, w której osobnik umierał stopniowo, zamierając bez jakichś dających się stwierdzić klinicznie objawów.

Odpowiednio do tego podaję dwie tablice (str. 225).

Jakież więc wnioski możemy z tego wszystkiego wyprowadzić?

Przedewszystkiem widzimy, iż z wyjątkiem przypadków IV i XXI w razie śmierci chorych umysłowych bez widocznej klinicznie i sekcyjnie przyczyny, stwierdzić możemy zawsze przy badaniu histologicznem zmiany w kilku gruczołach wewnętrznego wydzielania, które nam mówią o zmniejszonej czynności tych gruczołów.

Sprawa ta jest zasadniczej wagi. Ustrój, w którym gruczoły wewnętrznego wydzielania nie są sprawne, w którym naruszona jest równowaga między tymi gruczołami ustrój taki jest mniej odporny.

Już w pracy swojej: »Przyczynki z dziedziny anatomii i embryologii, histologii normalnej i patologicznej do kwestyi związku gruczołów wydzielania wewnętrznego z chorobami nerwowemi i umysłowemi« zwracałem uwagę na ścisłą łączność gruczołów wewnętrznego wydzielania z temi chorobami.

Szereg autorów idzie dalej, dopatrując się nawet w zmianach, znajdowanych w gruczołach wydzielania wewnętrznego u osobników umysłowo chorych, głównej przyczyny, która ich usposobiła do choroby umysłowej. Sergent i Bernard omawiają objawy kliniczne niedomogi gruczołów wewnętrznego wydzielania w związku z zaburzeniami psychicznemi, Laignel Lavastine wyraża zdanie, iż astenia psychiczna zależy od niedomogi komórek lecytynowych kory nadnercza, a bezwola (abulia) od zmniejszonego napięcia w układzie tętniczym, spowodowanego niedomogą wydzielniczą istoty rdzeniowej nadnercza. Zdanie to podzielają James, Lange, Klippel, Dumas i inni.

Sabrazés i Husnot są tego zdania, że niemałą rolę w patogenezie otępienia starczego odgrywa nadmierna czynność komórek kory nadnercza. Riedel, Claude i Schmerger mówią o stałem występowaniu większych ilości tłuszczu w komórkach tarczycy, oraz koloidu bazochłonnego przy różnych psychozach. Citelli stawia w związku ze zmianami w przysadce niemożność skoncentrowania myśli, osłabienie inteligencyi i senność.

Takich różnych poglądów, mniej lub więcej umotywowanych, jest dużo.

Nie ulega wątpliwości jedno, że przy chorobach umysłowych często, znacznie częściej, niż u osobników umysłowo zdrowych, spotykamy wrodzone lub nabyte zmiany w gruczołach wewnętrznego wydzielania, co zresztą widzimy i z moich przypadków. Nie chcę rozstrzygać, czy od zmian tych zależy sama choroba umysłowa, w każdym razie musimy się zgodzić na to, że przy niedomodze kilku gruczołów wewnętrznego wydzielania, które według Lundborga mają za zadanie regulowanie rozwoju i czynności układu nerwowego, wytwarza się siłą rzeczy w ustroju równowaga niestała, która łatwo może być naruszona.

Dlatego też chorzy umysłowo częściej umierają, niż umysłowo zdrowi, bez widocznej klinicznie i sekcyjnie przyczyny.

Jeżeli w ustroju o niestałej równowadze gruczołów wewnętrznego wydzielania wystąpią objawy, powstałe już czysto na tle choroby umysłowej, jak nadmierne podniecenie, bezsenność, nadmierna ruchliwość, niedostateczne nieraz odżywianie się, wreszcie nawet bezruch niektórych katatoników, to łatwiej dochodzi do wyczerpywania się tych schorzałych już gruczołów.

Nieznaczne objawy nieżytu jelit, jak w przypadkach XXII., XXIII., XXV., XXVII., XXXI., już mogą doprowadzić do wyczerpania n. p. układu chromochłonnego. W jednej z poprzednich prac wykazałem, iż wogóle schorzenia przewodu pokarmowego stawiają układowi chromochłonnemu zwiększone wymagania. W przypadkach niedokształcenia tego układu nie może on tym wymaganiom odpowiedzieć przy zwiększonem zapotrzebowaniu.

Taksamo i inne gruczoły wewnętrznego wydzielania nie mogą odpowiedzieć odpowiednią czynnością wydzielniczą u osobnika, u którego albo są one wskutek zmian w nich zaszłych zmienione, albo u którego, jak naprzykład u katatonika, przebywającego nieraz tygodnie w bezwładzie i w bezruchu, jakgdyby uśpione.

Nie zdarzało mi się nigdy w poprzednich badaniach u ludzi umysłowo zdrowych znaleść naprzykład takiego braku komórek eozynochłonnych w przysadce, jak u chorych umysłowych. Czy brak ten nie jest w związku z pewnym stopniowym zanikiem życia wegetatywnego danego osobnika i czy nie jest już bezpowrotnym, to znaczy, czy nie może się zdarzyć, iż, w razie zapotrzebowania, komórki te nie są już zdolne odradzać się, nie są w stanie wydzielać? — odpowiedzieć na to z zupełną pewnością jest trudno, przypuszczenie to jednak nasuwa się siłą rzeczy. Odnośnie, n. p. do komórek bazochłonnych, to prawie nigdy u ludzi umysłowo zdrowych nie mogłem ich znaleść w takiej ilości w przysadce, jak u umysłowo chorych. Obecność tych komórek w przysadce będzie przedmiotem osobnej pracy, tu tylko mimochodem o tem wspominam, aby wykazać, że sama choroba umysłowa bądź wywołuje pewne zmiany w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, bądź stoi w związku z temi zmianami. Dziś byłoby przedwczesnem rozstrzygać te rzeczy. Dziś jedynie możemy stwierdzić, że niezrozumiała śmierć u osobników umysłowo chorych musi stać w jakimś związku ze schorzeniem lub nieprawidłową czynnością gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i że drobiazgowe histologiczne badanie tych gruczołów w takich niewyjaśnionych przypadkach może nam dużo wyjaśnić.

Jeżeli rzucimy okiem na tablice, to widzimy, iż najczęściej zmiany wrodzone lub nabyte spotykamy w nad-

Przypadki śmierci w podnieceniu.

Liczba przypadku	Wiek i płeć	Zmiany patologiczne w:						Uwagi
		nadnerczach	przysadce	tarczycy	gruczołach przytarczycznych	gruczołach płciowych	grasicy	
1	K. 28	Nabyte	Wrodzone i nabyte					
2	K. 40	Wrodzone i nabyte	Wrodzone					
3	K. 38	Nabyte	Nabyte			Nabyte		
4	K 40	Wrodzone i nabyte						
5	M. 37	Nabyte	Nabyte					
6	K. 32	Wrodzone i nabyte	Nabyte	Nabyte	Nabyte			
7	K. 50	Nabyte			Nabyte	Nabyte		
8	K. 23	Nabyte	Nabyte	Nabyte				
9	K. 38	Wrodzone i nabyte		Nabyte			Wrodzone	Status thymico-lymphaticus
10	K. 18	Wrodzone i nabyte			Nabyte		Wrodzone	Status thymicus
11	K. 43	Wrodzona i nabyte		Nabyte		Nabyte		
12	M. 33	Nabyte	Nabyte	Nabyte				
13	K. 33	Nabyte	Nabyte					
14	K 32	Wrodzone i nabyte	Wrodzone i nabyte					
15	K 36	Wrodzone i nabyte	Wrodzone i nabyte	Nabyte				
16	K. 18	Wrodzone i nabyte	Nabyte	Wrodzone				
18	K. 48	Nabyte	Nabyte	Nabyte	Nabyte			
20	K. 34	Wrodzone i nabyte	Nabyte	Nabyte	Wrodzone? Nabyte?	Nabyte		
24	M. 27	Nabyte					Nabyte	Status thymico-lymphaticus secundarius
25	M. 33	Wrodzone i nabyte	Wrodzone					Colitis chronica pigmentosa
26	K. 19	Wrodzone i nabyte		Nabyte			Wrodzone	Status thymico-lymphaticus
28	M. 35	Wrodzone i nabyte		Nabyte				
29	M. 32	Nabyte	Nabyte					
30	M. 32	Wrodzone i nabyte	Nabyte	Nabyte	Nabyte	Wrodzone i nabyte		Dystrophia adiposo-genitalis?
32	M. 18	Wrodzone i nabyte	Nabyte					

Przypadki śmierci bez podniecenia.

Liczba przypadku	Wiek i płeć	Zmiany patologiczne w:					Uwagi
		nadnerczach	przysadce	tarczycy	gruczołach przytarczycznych	trzustce	
17	M. 49		Nabyte	Nabyte	Nabyte	Wrodzone? Nabyte?	Diabetes mellitus?
19	M. 30	Wrodzone		Nabyte			
21	M. 44	Nabyte					
22	K. 30	Wrodzone i nabyte	Nabyte	Nabyte	Nabyte	Nabyte	Colitis chronica pigmentosa
23	M. 30	Nabyte	Nabyte	Nabyte	Nabyte		Colitis chronica pigmentosa
27	M. 30	Wrodzone i nabyte	Nabyte	Wrodzone	Wrodzone? Nabyte?		Colitis pigmentosa chronica
31	M. 30	Nabyte	Nabyte		Nabyte		Colitis pigmentosa chronica

nerczach, następnie w przysadce, rzadziej w tarczycy, gruczołach przytarczycznych, trzustce, grasicy.

Mógłby mi ktoś zarzucić, że z takiemi zmianami spotkać się możemy nie koniecznie na sekcyi, że te zmiany w tarczycy naprzykład wywołują pewien obraz kliniczny, zupełnie wyraźny i określony, z którym osobnik może żyć lata całe.

Odpowiedzieć na to muszę, iż z wyjątkiem nagłego wyczerpania działalności komórek chromochłonnych w istocie rdzeniowej nadnerczy, które samo przez się może wywołać śmierć osobnika, gdyż pozbawia go niezbędnego dla życia tonizowania ustroju, wszelkie schorzenia oddzielnych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu dopóty nie zagrażają życiu, dopóki drogą korrelacyi są odpowiednio równoważone przez inne gruczoły. Z chwilą jednak, gdy kilka gruczołów wykazuje zmniejszoną, osłabioną czynność, gdy komórki ich, może nawet pod wpływem tej nieznanej przyczyny w ogólnej przemianie materyi, która wywołała chorobę umysłową, nie są zdolne podjąć na nowo swojej czynności, wtedy życie może gasnąć jak świeca, bez widocznej po temu przyczyny. I to właśnie widzimy w przypadkach stopniowego zamierania chorego. Przy podnieceniu ruchowem chorego należy uważać za bezpośrednią, a może nawet wyłączną przyczynę śmierci wyczerpanie układu chromochłonnego nadnerczy, które już nieraz rozwojowo wykazują niedokształcenie. Natomiast przy nieobjaśnionej śmierci u chorych bez podniecenia ruchowego prawie wszystkie gruczoły wewnętrznego wydzielania znajdują się w zmniejszonej czynności, prawie wszystkie, jak to widzimy z tablicy, wykazują mniej intensywne działanie.

Ta hypofunkcya szeregu tych gruczołów nie może siłą rzeczy nie wpływać na ogólną życiową zdolność ustroju. Gdy wewnętrzne regulatory tego ustroju słabną, gdy zaczynają gorzej pracować, ustrój musi zamierać, gdyż niema źródeł, z których czerpie swą energię życiową.

I to też jest i musi być ostateczną przyczyną, powodującą śmierć u takich osobników.

Potwierdzenie tego przypuszczenia wymaga jeszcze wielu badań i ścisłej analizy spostrzeganych przypadków, wydaje mi się jednak, iż jestto najwłaściwsza droga dla rozstrzygnięcia.

Przed jednem tylko ostrzegam: nie wolno badać jednego tylko gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu, gdyż pociąga to za sobą szereg błędów we wnioskowaniu. W każdym poszczególnym przypadku musimy zbadać wszystkie gruczoły i ściśle zanalizować ich współpracę, ewentualnie osłabienie tej współpracy.

Wrzesień 1915 r.

Spostrzeżenia dotyczące cholery w r. 1915.

Podał

Dr Władysław Dziewoński.

(Ciąg dalszy).

Bezgłos choleryczny stwierdziliśmy u 21 chorych; z nich umarło 13. Bezwątpienia było więcej przypadków, gdyż niektórzy, bardzo osłabieni, żadnych odpowiedzi na pytania nie dawali.

Czkawkę stwierdziliśmy u 12 chorych; z nich tylko tych 3 zostało przy życiu, u których czkawka była zaledwie zaznaczona. Spazmatyczny ten kurcz, głośny, słyszalny w całej sali, bywał rozmaitej częstości; pamiętamy chorego z epidemii jesiennej, u którego występował 2—3 i więcej razy w minucie, dzień i noc trwało to około 3 dób. U wszystkich obecnie chorych była czkawka lekkiego stopnia. W rokowaniu jest czkawka ważnem zjawiskiem, ma znaczenie bardzo niepomyślne, zwykle jest zwiastunem stanu durowatego i jego towarzyszem.

Pomarszczenie skóry na palcach rąk i nóg (skóra praczek) stwierdziliśmy u 8 chorych; z nich 3 umarło. Pamiętam chorego z epidemii zimowej, u którego pomarszczenie skóry palców nóg (przy wielkiej sinicy i zupełnem obniżeniu ciepłoty) przypominało palce mumii egipskich (umarł).

Sinicę rozległą, niemal całego ciała, stwierdziliśmy u 16 chorych; z nich 10 umarło. Sinica ograniczona do palców nóg, paznokci rąk, jest zjawiskiem częstem.

Stan katatoniczny stwierdziliśmy u 2 chorych w kończynach górnych (z nich jeden umarł). Podczas jesiennej epidemii było więcej przypadków z takimi objawami, także i w kończynach dolnych. Katatonia pojawia się w okresie durowatym, gdy przytomność jest bardzo zajęta. Częściej pojawia się w kończynach górnych, rzadziej w górnych i dolnych i nie trwa długo: — godziny. Nie jest ona znamienna dla cholery; widzieliśmy ją także w przebiegu duru osutkowego (chory ten wyzdrowiał); dowodzi tylko wielkiego przyćmienia przytomności.

Kurcze stwierdziliśmy w szpitalu tylko u 7 chorych. U jednego chorego w 2. dniu choroby wystąpił kurcz w kończynie górnej prawej, przyczem palec średni był kurczowo zgięty, inne kurczowo wyprostowane. Napad taki raz się pojawił, trwał chwilę. U drugiego chorego w 3. dniu choroby był kurcz w obu łydkach (chory ten wyzdrowiał); u trzeciego w pierwszej dobie choroby kurcz w obu łydkach raz jeden (umarł); u czwartego w pierwszym dniu przybycia, a niewiadomym choroby, częste bolesne kurcze w łydkach (wyzdrowiał); u piątego chorego w pierwszym dniu choroby i przybycia do szpitala bolesne włókienkowe kurcze w mięśniach kończyn górnych i dolnych, zwłaszcza w zginaczach lewego przedramienia i prostownikach lewego uda (umarł w 2. dniu choroby); u szóstego w 5. i 6. dniu choroby częste kurcze w łydkach; u siódmego w 4. dniu choroby kurcze w łydkach (obaj wyzdrowieli).

Kurcze pojawiają się więc najczęściej w łydkach, w różnych dniach choroby, najczęściej w pierwszych; kurcze te (zwłaszcza w łydkach) są nieraz tak bolesne, że chory oddziaływa głośnym krzykiem. Z reszty chorych, u których nie stwierdzono w szpitalu kurczów, wielu miało je podobno przed przyjściem do szpitala; u kilku wcale nie wystąpiły.

Stan durowaty spostrzegaliśmy w jednym przypadku.

Przypadek ten przedstawiał typowy przebieg stanu durowatego cholerycznego nie powikłanego. Czkawka, »wielkie« oddychanie, śpiączka, twarz zaczerwieniona, tętno wolniejsze, pełne, dobrze, nieraz silnie napięte, stan podgorączkowy lub gorączkowy, zupełny brak sinicy, ciało ciepłe, szczególny uśmiech na twarzy (który często widywaliśmy w stanach durowatych w epidemii zimowej), katatonia, (czasem) uczucie błogości (chory nieraz przez sen nuci, zagadnięty uśmiecha się), poprawa w ciągu choroby, która tak bardzo nieraz łudzi lekarza, niemal zawsze zwodniczo; oto w grubszych zarysach obraz stanów durowatych, spostrzeganych w naszym szpitalu. W wybitnym stanie durowatym nigdy nie widzieliśmy zejścia pomyślnego. Spostrzegaliśmy też objawy stanu durowatego dość wybitne u 6 chorych, wszyscy umarli; u 2 zaznaczone, ci 2 wyzdrowieli. Głębokie oddechy i śpiączkę widzieliśmy u niektórych chorych w 3—4. dniu choroby; stan taki przypomina stan durowaty, ale różni się od niego brakiem podwyższenia ciepłoty, napięciem tętna, brakiem czkawki.

Cholera u rannych.

Z 197 chorych na cholerę było 31 rannych, z nich 29 miało rany postrzałowe. Żaden z nich nie przybył zaraz po zranieniu do szpitala, ale w czas jakiś, dopiero wskutek pojawienia się cholery; przedtem chorzy ci umieszczeni

byli w szpitalach dla rannych. Z owych 31 rannych było 27 rannych ciężko, a 4 lekko.

Z 4 lekko rannych 2 przebyło cholerę ciężką, a 2 biegunkę choleryczną; wszyscy wyzdrowieli.

Z 27 ciężko rannych stwierdzono postrzał płuca u 6 (u jednego jeszcze złamanie obojczyka i kości ramiennej lewej), brzucha u 2, uda ze złamaniem u 6, ramienia u 4, goleni u 5, twarzy u 1, kości drobnych u 1, obojczyka u 1, złamanie żeber u 1. Rany ropiejące i septyczne stwierdzono u 17.

Gorączka ropna pod wpływem zakażenia cholerycznego zachowywała się dość charakterystycznie, tak, że jakkolwiek materyał nasz jest niezbyt duży, to jednak można z niego wysnuć pewne wnioski.

Cechą istotną cholery jest, jak wiadomo, obniżenie ciepłoty (mierzonej pod pachą). Im zakażenie choleryczne silniejsze, im przebieg cholery cięższy, tem ciepłota niższa; im zaś zakażenie lżejsze, a przebieg łagodniejszy, tem obniżenie ciepłoty mniejsze. W niektórych n. p. przypadkach lekkiej biegunki cholerycznej wcale nie widzieliśmy subnormalnej ciepłoty, lecz prawidłową, stale około 36,9°.

Przeciwnie ropienia zawsze przebiegają z gorączką; im zakażenie ropne silniejsze, tem zwykle gorączka wyższa. Chory więc na gorączkę przyranną, ropną i równocześnie na cholerę stoi co do ciepłoty pod wpływem działania dwóch wzajemnie się zwalczających czynników. Z dokładnego zestawienia przebiegu cholery u rannych, którego tu dla braku miejsca nie mogę przytaczać, doszedłem do wniosków następujących: W biegunce cholerycznej odnosi się wrażenie, że wpływ zakażenia cholerycznego, obniżającego ciepłotę, podwyższoną przez zakażenie ropne, jest słaby; tylko w cięższych ropieniach gorączka bierze górę. W cholerynie wpływ obniżający ciepłotę jest wybitniejszy, niż w biegunce; wyjątek stanowią ciężkie ropienia przy lekkiem zakażeniu cholerycznem; w tych przypadkach gorączka bierze górę. W cholerze ciężkiej bierze górę zazwyczaj zakażenie choleryczne, powodując obniżenie ciepłoty mimo trwania czynników, wywołujących gorączkę. Wogóle widzimy, że się tak wyrażę, rywalizacyę zakażeń: zwycięża silniejsze.

Zakażenia mieszane i powikłania.

Nieżyt oskrzeli stwierdziliśmy u 3 chorych; był on lekki, większego wpływu na przebieg cholery nie wywarł.

Zmiany w szczytach płuc znaleźliśmy u 4 chorych, nieznaczne, ograniczone do jednego szczytu. U wszystkich tych była cholera lekką, wszyscy wyzdrowieli. Po przejściu cholery podano im dobrą, pożywną dyetę i zalecono pobyt w parku; stan wszystkich bardzo się poprawił.

Obrzęk śledziony (zimniczy), stwierdzony u jednego chorego, szybko po podaniu chininy ustąpił.

Dur brzuszny stwierdzono u 5 chorych. Jeden z nich przybył w agonii z innego szpitala, z bakteryologicznie stwierdzoną cholerę i durem, a nadto z przerzutowem zapaleniem obu gruczołów przyusznych i po paru godzinach (3) umarł.

Cztery inne przypadki zasługują na krótki chociaż opis:

1). G. I. l. 24., przybył 1/6, 1915 w 7. dniu choroby; ustalono rozpoznanie: choleryna. W stolcu stwierdzono bakterye durowe obok cholerycznych; Widal $^{1}/_{40}$. Od dnia przybycia przez 18 dni gorączka do 39; ponad 36 tylko 2 razy, w 8. dniu choroby 39·6 i 10. dniu 39·2. Biegunki właściwie nie było; raz tylko w 9 dniu choroby 5 stolców i w 13. dniu 4, zresztą zawsze 1—2 stolce dziennie, płynne, żółte, z grudkami śluzu. W moczu białko $1^{0}/_{00}$. Chory wyzdrowiał. Przebieg tak cholery jak i duru lekki.

2). A. A. l. 21 przybył do szpitala 20/6 w 2. dniu choroby: rozpoznano biegunkę choleryczną. Przebieg cholery bardzo lekki. W szpitalu tylko przez 2 dni biegunka. 2/7, a więc w 12 dni po przybyciu do szpitala rozpoczął chory gorączkować odrazu wysoko 40·3, T. 90. Gorączka trwała do 18/7, a więc 17 dni, 7 razy wieczór stwierdzono wyżej 39°. Dnia 10/7 pojawiła się różyczka durowa, 15/7 rozpoczęła znikać. 6/7 Widal $^{1}/_{600}$. 7/7 i 10/7 wykryto prątki durowe w stolcu, 8/7 wyhodowano prątki durowe z krwi. Przebieg więc duru był lekki; zakończył się wyzdrowieniem.

3). M. J. l. 23, przybył do szpitala 9/8, w 3. dniu choroby: rozpoznano biegunkę choleryczną, która w szpitalu trwała 4 dni, razem 7 dni. W szpitalu 4—5 stolców dziennie, z początku brunatnych płynnych, później żółtych płynnych. W moczu nie było białka i odczynu dwuazowego, ciepłota zawsze wyżej 36, T. 44—60. Dnia 14/8 wieczór 37·9° — odtąd wznosi się zwolna codzień wyżej, dochodząc 22—24/8 R. 38 W. 40; poczem zwolna, lecz stale opada: po upływie 27 dni na stałe ustępuje. 26/8 skąpa różyczka, 29/8 - 31/8 stolce grochowe, 2—3 dziennie. 25/ Widal o $^{1}/_{640}$. 27/8 wyhodowano prątki z krwi. 30/8 odczyn dwuazowy ujemny, 31/8 bardzo słaby, raczej ujemny. Przebieg więc cholery lekki, duru średniego nasilenia.

4). T. A. l. 23 przybył do szpitala 19/9 w 5. dniu choroby z objawami i cholery i duru — nadto ranny; postrzał uda lewego z pozostaniem kuli pod powięzią (kulę później przez nacięcie usunięto). Przeciw cholerze szczepiony w maju 1915; przeciw durowi podaje, że także był szczepiony. Rozpoznano cholerę ciężką (»post hoc»).

19/9 C. 38·2 T. 130 słabo napięte — wymioty kilka razy, stolców 6, ryżowe, bezmocz. 20/9 R. C. 35·9 T. 96, W. C. 37·7 T. 130 drobne, ustawiczne wymioty, stolców 9 ryżowych, bezmocz, czkawka. 21/9 R. C. 36·5 T. 96, W. C. 37·6, T. 106, drobne, wymioty raz, 9 stolców wodnistych żółtych, chory oddał 300 gr. moczu, białkomocz, czkawka. 22/9 R. C. 35·4, T. 94, W. C. 35·3 T. 104, wymiotów niema, 16 stolców ryżowych, tętno ledwie wyczuwalne, wieczorem lepsze, chory śpiący, apatyczny, oddycha głęboko, wolno. 23/9 R. C. 36·6 T. 105 W. C. 37·6, T.110, wymiotów niema, 8 stolców ryżowych, tętno dobre, chory nie śpiący, oddycha prawidłowo, w moczu dużo białka; ropień po jednej z hypodermokliz. 24/9 R. C. 37·0, T. 96, W. C. 37·4, T. 100. stolce żółte — ogólny stan dobry, w moczu białko, odczyn dwuazowy ujemny.

Ten okres czasu uważamy za przebieg cholery. Odtąd, aż do 7/10 po 2 stolce dziennie, wyjątkowo 4/10 i 5/10 po 5. Ciepłota od 25 do 28 R. 37·2, W. 37·7—38·9, od 29/9 do 4/10 R. 38·1—39·4, W. 38·5—40·, tętno około 100. 3/10 popoł. wstrzyknięto szczepionkę przeciwdurową 0·25, od 5/10 nagle stan bezgorączkowy i początek zdrowienia. Prątki durowe wykryto w stolcu obok cholerycznych, 2/10 wykryto tylko durowe, cholerycznych nie znaleziono.

W przypadku pierwszym i czwartym przebiegała cholera równocześnie z durem; w pierwszym było zakażenie choleryczne lekkie, w czwartym ciężkie. Chory pierwszy gorączkuje przez cały czas; u chorego czwartego utrzymuje się stan podgorączkowy przez pierwsze 3 dni, dopiero dnia 22/9, gdy nasilenie choroby niejako do szczytu dochodzi, gdy prócz wielkiej ilości stolców występują lekkie objawy durowate, gorączka znika, a nawet ciepłota spada poniżej poziomu prawidłowego, później zaś znów powraca w miarę słabnięcia cholery. Widać i tutaj pewne podobieństwo w zachowaniu się ciepłoty z przypadkami zakażenia ropnego.

U dwóch innych chorych dur rozwija się już po cholerze w okresie zdrowienia.

Wszyscy chorzy wyzdrowieli, taksamo, jak wyzdrowieli dwaj podczas epidemii jesiennej, u których spostrzegaliśmy cholerę równocześnie z durem.

Dysenterya: Zakażenie mieszane cholerą i czerwonką stwierdziliśmy w 2 przypadkach.

W. O. l. 31, ciężko ranny przybył 9/9 w 3. dniu choroby; rozpoznano biegunkę choleryczną. 9/9 stwierdzono w stolcu tylko prątki choleryczne. Przebieg łagodny, 2—3 stolce dziennie przez 3 dni. 12/9 rano stolec już formujący się; popołudniu obok stolca krwawy śluz; w nocy z 12/9—13/9 bardzo liczne typowe stolce śluzowo krwawe; 13/9 rano wstrzyknięto 40 cm³ surowicy przeciwczerwonkowej wyrobu Bujwida. Badanie stolców wykryło prątki typu Shiga. 14/9—7, 15/9—3, 16/9—2 stolce, później 1. Ciepłota 11/9—13/9 37·5, 14/9 40, 15/9 38·3, 16/9—17/9 37·5.

U drugiego chorego nie było klinicznych objawów dysenteryi. wyhodowano jednak bakterye dysenteryczne.

U 2 innych chorych stwierdzono klinicznie wszelkie objawy dysenteryi, u jednego po ustąpieniu objawów cho-

lery, u drugiego w 5. dniu trwania cholery, jednakże badanie bakteryologiczne co do dysenteryi było ujemne. Obu wstrzyknięto surowicę przeciwczerwonkową i obaj wyzdrowieli.

Wreszcie u jednego chorego w 10. dniu cholery wśród poczynającego się zdrowienia wystąpiły objawy czerwonki; mimo energicznego leczenia (70 cm³ surowicy) chory po 2 tygodniach umarł. Badanie bakteryologiczne stolców nie wykazało prątków czerwonkowych, sekcya jednak wykazała rozległe dyfterytyczne owrzodzenia jelita grubego.

Podczas epidemii jesiennej na 180 chorych spostrzegaliśmy stwierdzoną bakteryologicznie czerwonkę obok cholery u 2 chorych; z nich jeden umarł.

Zapalenie płuc krupowe pod koniec cholery ciężkiej stwierdziliśmy u chorego l. 31 liczącego (wyzdrowiał).

Stany gorączkowe niejasnej przyrody (pominąwszy przelotne stany podgorączkowe w okresie zdrowienia, o których poprzednio była wzmianka) spostrzegaliśmy u 4 chorych. Gorączki te, występujące w 2-5. tygodniu po wyzdrowieniu z cholery, a trwające 13—20 dni, nie miały, jak się zdaje, nic wspólnego z cholerą. Przyczyny tych gorączek nie powiodło się wykryć. W jednym z tych przypadków cały przebieg przemawiał za durem, ale próba Widala i odczyn dwuazowy wypadły ujemnie, a prątków durowych hodowla nie wykryła.

Z powikłań i spraw następowych, stojących w związku przyczynowym z cholerą, spotykaliśmy zapalenie ślinianek przyusznych, zapalenie pęcherza, zatrzymanie moczu, zaburzenia psychiczne, osutkę, krwotoki, ropnie.

Zapalenie ślinianek przyusznych spostrzegaliśmy u 2 chorych na cholerę ciężką, u jednego w 8. dniu od zaczęcia się cholery, u drugiego w 14. dniu. Obydwaj gorączkowali do 39°, u obu zapalenie było obustronne, zejście pomyślne bez ropienia. Podczas epidemii jesiennej zapalenia ślinianki przyusznej spostrzegaliśmy kilka przypadków, a ropienie niemal we wszystkich; powikłanie to pojawiało się pomiędzy 6—14. dniem, zawsze z gorączką, najczęściej po przebytej cholerze ciężkiej, częściej obustronnie.

Zapalenie pęcherza nastąpiło u jednego chorego na cholerę ciężką, u drugiego z choleryną. Niedługo po podaniu urotropiny mocz się wyjaśnił, tak że nie uciekaliśmy się do przepłukiwań. W jednym przypadku próbowano z moczu wyhodować zarazki cholery, lecz bez skutku. Podczas epidemii jesiennej częściej spostrzegaliśmy zapalenie pęcherza: w jednym przypadku trwało długo i dopiero energicznem leczeniem zdołano je usunąć.

Zatrzymanie moczu zdarzyło się u 2 chorych na cholerę ciężką. Nietrudno je odróżnić od bezmoczu cholerycznego przez proste położenie ręki na okolicę pęcherza; z początku tylko odróżnienie trudniejsze, gdy ilość moczu w pęcherzu mała. U obu chorych musiano mocz odprowadzać cewnikiem, ale krótko, gdyż po 1—2 dniach powikłanie to ustąpiło.

Krótko trwające zaburzenia psychiczne spostrzegaliśmy u 2 chorych, u jednego z nich z natury nerwowego.

Osutkę choleryczną (Choleraexanthem) widzieliśmy u 2 chorych, jednego w 9—10. dniu choroby, drugiego w 12. dniu. U obu najpierw pojawiła się wysypka na łokciach, poczem na ramionach, przedramionach, piersiach, stopach, kolanach, pośladkach, rękach i brzuchu. Były to plamy barwy żywo czerwonej, nieco wyniosłe, z początku drobne, później większe, w końcu nawet zlewające się, zwłaszcza w miejscach wystawionych na ucisk (pośladki, łopatki, łokcie). Wysypka ta żywością barwy jest bardzo charakterystyczna. U obu chorych trwała niecałe 3 dni.

Podczas epidemii jesiennej na 180 chorych spostrzegaliśmy tę wysypkę również 2 razy — 1·06%, o takim samym typie pokrzywkowym, który jest najczęstszy; również po 3 dniach śladu osutki już nie było.

Krwotoki widzieliśmy dwa: jeden nosowy, drugi płucny. Chory po krwotoku płucnym umarł na cholerę; sekcya nie wykazała żadnych zmian w płucach, mogących być przyczyną krwotoku, natomiast wybitne zapalenie nerek, trzeba więc raczej tutaj szukać przyczyny krwotoku. Bardzo niemiłem powikłaniem są ropnie po hypodermoklizach. Mimo wielkiej uwagi zdarzyły się u 5 chorych: u wszystkich była nieznaczna gorączka, która zaraz po nacięciu ustąpiła. Wszyscy ci chorzy wyzdrowieli.

U niektórych chorych było kilka powikłań.

Ze wszystkich powikłań jedynie rany wywarły zły wpływ na przebieg cholery.

Śmiertelność.

Z chorych na cholerę umarło razem 35 (17·77%), z nich jednak 3 umarło z posocznicy, 2 z ropnia płuca, a 1 na czerwonkę. Prócz tego u 2 chorych przyczyną śmierci była obok cholery i posocznica; tych liczę jako zmarłych na cholerę. U jednego chorego, u którego rozpoznano cholerynę, — która zazwyczaj nie wiedzie do śmierci, a której przebieg był tu łagodny: w szpitalu chory zupełnie nie wymiotował, biegunka nieznaczna, 3—4 stolce dziennie, ciepłota stale 36—37, tętno zawsze dobre, — jest przyczyna śmierci nie jasna; (w 4. dniu choroby zaczął się chory żalić na bóle głowy, w 5. dniu pojawiła się nieznaczna gorączka, w 6. dniu lekkie zaczerwienienie skóry w miejscu hypodermoklizy, ciepłota spadła na 37°, 7. dnia śmierć); i tego jednak chorego zaliczam do zmarłych na cholerę.

Z ogólnej liczby chorych na cholerę w czasie epidemii letniej, t. j. 197, umarło więc z tej choroby 24=14·7%. W epidemii jesiennej (1914) ze 180 chorych zmarło 58=37·7%. Zesumowawszy obie epidemie wypada na 376 chorych śmierci 103=27·3%. Objęte są tu tylko przypadki bakteryologicznie stwierdzone.

Z 52 chorych na cholerę ciężką (w epidemii letniej 1915) umarło 28=53·8%.

O ile można sądzić z doświadczenia, jakie zebraliśmy w obu epidemiach, jesiennej 1914 i letniej 1915, podlegają żołnierze rosyjscy stosunkowo rzadziej cholerze ciężkiej, niż innym postaciom cholery, w razie jednak rozwinięcia się objawów cholery ciężkiej przetrzymują ją daleko rzadziej. Nigdy nie zapomnę strasznego dnia (drugie święto Bożego Narodzenia) 1914 r. podczas epidemii jesiennej; przybyło wtedy 11 młodych, silnych jeńców rosyjskich, wszyscy chorzy na cholerę ciężką: z nich jeden tylko pozostał przy życiu pomimo wszelkich wysiłków leczniczych.

Epidemia letnia 1915 r. była co do śmiertelności bez porównania lżejszą od jesiennej 1914; czy ma tu znaczenie przewaga chorych Rosyan, czy ciepła pora roku, czy fakt, że epidemia letnia 1915 była dalszym ciągiem jesiennej 1914, że ta zaraza, przezimowawszy na terenie galicyjskim, osłabła, trudno rozstrzygać.

Śmiertelność cholery ciężkiej niewiele różni się w naszym materyale od znanych statystyk. Według Jochmanna wynosi śmiertelność w cholerze ciężkiej 50—60%, według Kollego podczas epidemii indyjskiej wynosiła 62%, a epidemii w Kiogo 1902 r. 75%.

Niekorzystny wpływ na zejście wywiera wiek chorych, wątła budowa ciała i złe odżywienie. Z zestawienia naszego wynika n. p., że z 25—30-letnich chorych na cholerę ciężką zmarło 40%, z 30—35-letnich 72% i t. p., że z dobrze zbudowanych i odżywionych zmarło 47·6%, z miernie zbudowanych i odżywionych 70% i t. d.

Cholera u szczepionych.

Pierwotne sposoby szczepienia (Ferran, Haffkine) osłabionym, ale żywym zarazkiem, dziś zarzucono. Twórcą obecnego sposobu szczepień zapomocą wstrzykiwań zawiesiny hodowli, zabitych w łaźni wodnej, jest Kolle.

Szczepienia armii greckiej, dokonane podczas wojny bułgarsko-greckiej w 1913 r. za staraniem naczelnego lekarza C. Sarasa (Wien. klin. Wochenschrift 27/7 1914) dowiodły w całej pełni skuteczności szczepień. Dowiodła jej również obecna wojna, w której ilość zachorowań na cholerę w armiach państw centralnych jest znikomo mała. Żołnierze zaś armii austro-węgierskiej i niemieckiej wszyscy

są szczepieni. Zapewne także są szczepieni żołnierze innych armii. Co do rosyjskich, to z opowiadań jeńców, leczonych u nas, wynika, że u nich szczepień nie dokonywano.

Z 377 chorych, leczonych przez nas w czasie obu epidemii, było dawniej szczepionych 34; najkrótszy czas pomiędzy szczepieniem a zachorowaniem wynosił 7 dni, najdłuższy $5^1/_2$ miesięcy. Jeden chory był szczepiony 4 razy, jeden 3 razy, 23 dwa razy, 8 jeden raz, jeden niewiadomo. Z nich umarło $7 = 20{\cdot}06\%$, w stosunku zaś do ogólnej liczby $377 = 1{\cdot}85\%$.

Uderzającem było, że ze szczepionych, leczonych podczas epidemii jesiennej, a więc wkrótce (do 4 tygodni) po pierwszych szczepieniach, żaden nie umarł.

Za szczupły jest nasz materyał, by silić się na jakieś pewniejsze wnioski; nie można jednak oprzeć się wrażeniu, że odporność wytworzona przez szczepienie jest w pewnym stopniu indywidualną; u niektórych wcale się nie wytwarza, u niektórych słabo, u znacznej jednak większości wytwarza się wybitnie.

Oprócz tych 44 dawniej szczepionych było 14 zaszczepionych, którzy jednak zostali zaszczepieni albo w okresie wylęgania, albo już jako chorzy na cholerę. Przy masowych transportach jeńców szczepiono ich na cholerę natychmiast czy to w szpitalach, czy w stacyach dla chorych, czy też w innych zakładach sanitarnych. Zaszczepienie więc w okresie wylęgania lub w początkach objawów było zupełnie możliwe.

Z tych 14, zaszczepionych w okresie wylęgania (8), lub wśród pierwszych nieznamiennych objawów (6), zmarł tylko jeden chory, i to nie z cholery, ale z posocznicy; u żadnego też nie doszło do rozwinięcia się ciężkiej cholery, lecz tylko była biegunka choleryczna (5) lub choleryna (9).

Czy przypisać to zbiegowi okoliczności, czy też działaniu leczniczemu szczepionki, trudno rozstrzygać wobec szczupłości materyału. W każdym razie zdaje się, że szczepienie zakażonego lub już chorego na cholerę nie przynosi mu szkody, a wobec tego należałoby robić próby lecznicze tego rodzaju.

Leczenie.

Może niema drugiej choroby, w którejby ocena skuteczności stosowanego leku lub metody napotykała na tak wielkie trudności, jak właśnie w cholerze. Przyczyny tego są różne. Biegunka choleryczna i choleryna są postaciami łagodnemi, z reguły kończącemi się szczęśliwie w paru dniach w przypadkach niepowikłanych. Widzimy jednak, że te postacie dopiero »post hoc« określić można, bo niejednokrotnie cholera ciężka rozwija się z biegunki lub choleryny. Skuteczność więc jakiegoś leku, zastosowanego w biegunce i cholerynie, nie jest pewną, bo te dwie postacie i bez leków, jedynie przy leżeniu w ciepłem łóżku i zachowaniu płynnej dyety, szczęśliwie się kończą. Ale i w cholerze ciężkiej niejednokrotnie chory siny, bez tętna, w zupełnym zapadzie będący, szybko zdrowieje, przeciwnie inny, względnie nie najgorzej się mający, ginie. Można więc w pierwszym przypadku zastosowanej metodzie lub lekowi mylnie przypisywać skuteczność.

W przebiegu cholery odgrywa indywidualność chorego (jego ogólny stan zdrowia, sił, odżywienia, wiek itd.) nadzwyczaj ważną rolę i dopiero wypadkowa tego zbiorowego działania przeróżnych czynników i zakażenia rozstrzyga o wyniku. Mając to na myśli, podaję poniżej tylko te środki lecznicze i te metody, któreśmy stosowali, w ocenie zaś ich skuteczności zachowuję jak najdalej idącą ostrożność.

Z 197 chorych nie otrzymało żadnych leków: 29 chorych na biegunkę, 22 chorych na cholerynę i 2 chorych na cholerę ciężką (z tych jeden przybył w agonii i wkrótce umarł, drugi przybył w 12. dniu choroby jako już ozdrowieniec, a rozpoznanie opierało się na wywiadach). Prócz tych 2 są to chorzy, którzy przybyli w różnych dniach choroby w stanie dobrym, tak że prócz łóżka i dyety nie było potrzeby stosować żadnych zabiegów leczniczych.

Celem mechanicznego usunięcia prątków z przewodu pokarmowego stosowaliśmy dwa środki przeczyszczające: olejek rącznikowy i kalomel. Olej podano 17 chorym na biegunkę choleryczną, 21 chorym na cholerynę i 12 chorym na cholerę ciężką, z których umarło 8. Kalomel podawaliśmy bardzo rzadko. Częściej podawaliśmy go w epidemii zimowej. Olej rącznikowy podawano w początkach choroby. Zdaje się, że ta metoda niema wielkiej wartości, co zresztą wynika z biologicznych stosunków; w jelicie cienkiem znajduje prątek idealne warunki rozwoju i choćby całe masy usunięto, wkrótce powstaną nowe. Co do kalomelu zresztą, to niektórzy autorowie wprost przestrzegają przed jego używaniem, twierdząc, że wywołuje przekrwienie jelit, a nawet martwicę nabłonka.

Aby wynagrodzić tkankom utratę wody i przeciwdziałać zagęszczeniu krwi, stosowaliśmy a) wlewania podskórne b) wlewania śródżylne.

a) Wlewania podskórne stosowano w ten sposób: Sporządzoną w aptece mieszaninę soli (natr. chlor. 15, natr. bicarb. 3) wsypywano do flaszek, zawierających 1 litr wody przekroplonej, zatykano lekko watą i poddawano wyjałowieniu w dezynfektorze, gotując w 100 C° przez 15—20—30 minut. Przed użyciem stawiano flaszkę do naczynia z ciepłą (40° C) wodą, a tymczasem gotowano na sali cholerycznej przez 10 minut lejek, wąż gumowy i igłę. Całe przygotowanie trwało około 20—30 minut. Po odkażeniu skóry nalewką jodową zapalano watę na flaszce i wlawszy pełny lejek rozczynu soli, po wypuszczeniu powietrza wbijano igłę pod skórę i wlewano płyn. Zależnie od grubości igły trwał zabieg krócej lub dłużej, zwykle kilka lub kilkanaście minut.

Jako pierwsze miejsce wybieraliśmy udo, później podbrzusze, wreszcie piersi. Trzeba uważać, aby nie wbić igły pod powięź (ująć palcami cienko fałd skóry do przebicia), gdyż wtedy i wlewanie trwa dłużej, i bolesność jest większa, i łatwiej może ropień wystąpić. Z reguły wlewano najmniej litr naraz, w ciężkich przypadkach więcej, lub robiono odrazu dwie hypodermoklizy. W jednym przypadku mieliśmy sposobność przekonać się na stole sekcyjnym, jak wygląda tkanka podskórna po hypodermoklizie. W przypadku tym zastosowano dwie hypodermoklizy; jedną 24 godzin przed śmiercią, drugą mniej więcej w 6 godzin, obie w ściany brzucha. Z pierwszej zupełnie płynu nie znaleźliśmy, z drugiej ślad. W jednej ślad krwi, w drugiej brak.

Wlewanie podskórne działa następująco: 1). wzmacnia tętno; nieraz u chorego bez tętna pojawia się ono, niekiedy na stałe, niekiedy chwilowo, u innych zaś tętno słabe, ledwo wyczuwalne, staje się pełniejszem, dobrze napiętem, sinica zmniejsza się lub znika, twarz różowieje; 2) dostarcza ustrojowi pewnej ilości ciepła; 3). wywołuje pragnienie; 4). często, zwłaszcza w lżejszych przypadkach zmniejsza, a nawet wstrzymuje wymioty; 5). rozrzedza toksyny krążące we krwi.

Chory podczas zabiegu zwykle jest niespokojny z wyjątkiem bardzo ciężko chorych, mniej lub więcej oddziaływa, krzyczy, rzuca się tak, że trzeba go nieraz trzymać, a przy końcu zabiegu niemal zawsze żąda napoju.

Hypodermokliz zastosowano około 90 u 2 chorych na biegunkę, 7 na cholerynę i 51 na cholerę ciężką. U innych chorych na cholerę ciężką nie stosowano hypodermokliz, bo albo byłyby bezcelowe z powodu fatalnego stanu, albo stan dobry nie dawał wskazania. Największe ilości wlewań w ciągu choroby były 7, 6, 4 (wszyscy umarli), zwykle 1—3.

b.) Do wlewań śródżylnych używano konewczek szklanych, które wraz z płynem wyjaławiano. Zabezpieczają one lepiej przed dostaniem się powietrza i dają większą gwarancyę czystości wobec tego, że się płynu nie przelewa. Używano albo zwykłego fizyologicznego rozczynu

soli albo płynu według przepisu Emmericha: Natr. chlor. 7·8, kalii chlor. 0·4, calciumchlorid 0·26, aq. destil 1000·00. Średniej grubości igłę Pravatza wkłuwano do najgrubszej żyły przegubu łokciowego i wlewano płyn.

Wlewania te zastosowano u kilku chorych, na ogół rzadziej, niż podskórne; u 2 chorych stosowano równocześnie wlewania śródżylne z podskórnemi (jeden z nich umarł).

Działanie wlewań śródżylnych jest takie, jak podskórnych, ale szybsze, jedynie podniecenia pragnienia nie widzieliśmy (do wlewań podskórnych używaliśmy znacznie więcej soli); w niektórych przypadkach skutek był bardzo efektowny, chory z bardzo ciężkiego zapadu przychodził do siebie, ale niekiedy mimo to sprawa kończyła się śmiercią.

W przeciwieństwie do wlewań podskórnych chory podczas wlewań śródżylnych zachowuje się zupełnie spokojnie: leży, słowa nie mówiąc, nieruchomo, jakby odurzony, oddycha równo, spokojnie; tętno z minuty na minutę się poprawia, a przy końcu zabiegu z reguły zaczyna chory swobodnie rozmawiać. Wlewanie śródżylne jest więc zabiegiem niebolesnym, łagodnym, hypodermokliza bolesnym, że się tak wyrażę ordynarnym. Czas trwania wlewania śródżylnego jest dłuższy od hypodermoklizy. Jeżeli tylko jest dostateczna liczba wprawnego personalu i zapewnione ścisłe wyjałowienie, to zaleca się stosować tylko wlewania śródżylne; gdy jednak wielka liczba chorych, to pozostanie stosowanie hypodermokliz, jako zabiegu szybciej wykonać się dającego.

Oba zabiegi posiadają wielką wartość leczniczą, ale tylko objawową; powinny być stosowane wczas.

Diakliz nie stosowaliśmy, enteroklizy z dodatkiem kwasu garbnikowego 10 : 1000 wody w kilku przypadkach — bez widocznego skutku.

Środki wewnętrzne: Rozgłosu nabrała od niedawna glinka armeńska (bolus alba). Twórcą metody leczenia zakaźnych biegunek przez podawanie glinki jest Prof. Stumpf z Würzburga*), który w r. 1905 poraz pierwszy środek ten zastosował w przypadku cholery w Nakel.

W 1913 r. przeprowadził on doświadczenia na kilkunastu chorych na cholerę więźniach w Niszu, dokąd w tym celu wyjechał.

Stumpf radzi podawać na raz 200 gr. glinki w 400 gr. wody, herbaty, a więc w stosunku 1 : 2 (50%), należycie w dość dużem naczyniu wymieszane, co stanowi śmietanowatą zawiesinę, poczem w razie potrzeby co 3 godziny 100—50 gramów. Metoda ta ma zwolenników (np. Gräser w Neapolu) i nieprzyjaciół (np. Schmidt w Halle).

Myśmy podawali glinkę nie ściśle według przepisu Stumpfa, bo takiej ilości naraz nie chcieli chorzy wypijać; podawano więc naraz mniej, ale częściej. Podawano 3—6—12 i więcej łyżek dziennie. Gdy w zwykłym nieżycie jelit i lekkich postaciach cholery oraz czerwonki opuszcza glinka jelita w formie »słupa«, to w cholerze ciężkiej nigdy »słupa« nie widzieliśmy. Tworzył się na dnie naczynia osad, pokrywający dno grubszą lub cieńszą warstwą, a na nim rozlewał się stolec choleryczny.

Z chorych na cholerę ciężką otrzymało glinkę 29 chorych, z nich umarło 15 (51·7%). Nie otrzymało glinki 23 chorych, z nich umarło 13 (56·5%); tym chorym podawano węgiel (carb. anim), tannalbinę, bizmut. Są to za szczupłe cyfry, by wysnuwać wnioski. Nadto podawano glinkę 13 chorym na biegunkę choleryczną (jeden umarł na posocznicę) i 20 chorym na cholerynę, z których żaden nie umarł; to niczego nie dowodzi, bo są to postacie cholery łagodne.

Podawanie węgla bardzo utrudnia obserwacyę stolców z powodu czarnego zabarwienia.

Makowiec podawaliśmy w dłużej trwających biegunkach, oraz w przypadkach oddawania stolców w łóżko, rzadko we wczesnych okresach. Działanie jego było rozmaite; czasem zmniejszała się ilość stolców, czasem nie.

Salol 3—4 × 0·5 podawano bardzo wielu chorym; o jego skuteczności nic nie można powiedzić.

Czasami w uporczywych wymiotach podawana anestezyna i kokaina działała skutecznie, zmniejszając ich ilość.

Ze środków sercowych stosowaliśmy: digalen, naparstnicę, strofantus, kofeinę, tonogen, kamforę, eter. Tonogen, który w niektórych chorobach zakaźnych niejednokrotnie znakomicie działa, w cholerze zawodzi.

Robiono również próby podczas epidemii jesiennej z podawaniem tyreoidyny w stanach durowatych bez skutku, oraz z cytrynianem sodowym i innemi solami alkalicznemi. Doświadczenia te robił kol. Bujak, który zamierza je ogłosić w osobnej pracy.

W razie kurczów najlepiej działa wstrzyknięcie morfiny, prócz tego stosowano nacierania spirytusem kamforowym, oliwą chloroformową i miesienie. W zapadzie i oziębieniu ciała okładano chorego kocami, blaszankami z ciepłą wodą — stosowano kąpiele ciepłe.

Co do alkoholu, to w postaci wina, rumu, koniaku stosowaliśmy go dość obficie w epidemii jesiennej. Opierając się jednak na fakcie, że mocz cholerycznych zawiera często białko, prawie zupełnie nie podawaliśmy go już w epidemii letniej, wzmacniając serce tylko środkami sercowymi. Odniosłem wrażenie, że zrobiliśmy dobrze; kto wie, czy duża ilość stanów durowatych podczas epidemii jesiennej nie pozostawała w związku z podawaniem alkoholu; w ciągu epidemii letniej było ich bardzo mało.

Stosowaliśmy dalej metodę Prof. Emmericha z Monachium*).

Emmerich nie uznaje działania endotoksyn i stawia chemiczną teoryę patogenezy cholery, twierdząc, ze wielka chciwość tlenu, właściwa prątkom cholerycznym, wywołuje redukcyę azotanów, zawartych w pokarmach, na azotyny, z których pod wpływem działania kwasu solnego żołądka wytwarza się kwas azotawy. Tak azotyny, jak i kwas azotawy są silnemi truciznami i one to zdaniem Emmericha wywołują zniszczenie nabłonka jelit, wymioty i biegunkę. Przed ich działaniem broni się ustrój silną transsudacyą z krwi i limfy do jelit, która według Rogera w lekkich przypadkach dochodzi do $^1/_3$, a w ciężkich do $^2/_3$ ogólnej ilości płynu, zawartego w krwi i limfie. Stąd obraz utraty wody i stolce ryżowe, słowem obraz cholery. Teoryę swą popiera Emmerich badaniami, które za jego wskazówkami wykonali w Neapolu Montefusco i Capellani, znajdując odczynnikiem Griesa kwas azotawy w soku, wyciśniętym z błony śluzowej jelit osób zmarłych na cholerę w 50%, czego nigdy u zmarłych z innych chorób nie stwierdzono. Popiera też Emmerich swoją teoryę badaniami moczu, dokonanymi osobiście w Konstantynopolu u chorych na cholerę, które w cholerze ciężkiej wykazały obecność kwasu azotawego w moczu. Popiera wreszcie Emmerich swą teoryę faktem, stwierdzonym przez licznych autorów, że oseski, żywione wyłącznie piersią, a więc otrzymujące pożywienie wolne od azotanów, nie zapadają na cholerę, nawet gdy są karmione piersią matki lub mamki chorej na cholerę; karmione flaszką zapadają i często giną na cholerę.

(Dokończenie nastąpi).

*) Stumpf. Ueber ein zuverlässiges Heilverfahren bei der asiat. Cholera sowie bei schweren infectiösen Brechdurchfällen. — Würzburg, Kurt Kabitsch 1906. 2) Münchener m. W. 1914, 14. 3) Tamże 1914, 40.

*) Emmerich: Münchener med. Woch. 1911 nr. 18. i 1911 nr. 48.

Spostrzeżenia z praktyki.

Poronne leczenie dymienic elektrargolem

podał

Dr. Karol Poliwka (Stanisławów).

Leczenie poronne dymienicy pachwinowej po wrzodzie miękkim przedsiębrano zapomocą wstrzykiwania nalewki jodowej, azotanu srebrowego, będźwinianu rtęci (Hg. benzoatum), zawiesiny jodoformu. Wszystko to nie przyspieszało wyleczenia, a było bardzo bolesne i wiodło zawsze do ropienia. Mając w swej prywatnej praktyce podczas wojny chorych, domagających się, jeżeli nie wyleczenia szybszego, to przynajmniej ulgi w cierpieniu, postanowiłem użyć u nich elektrargolu, wstrzykując go do gruczołu pod wysokiem ciśnieniem. Zwiększenie ciśnienia w leczeniu ropni zachwalał dyrektor szpitala w Stanisławowie kol. Krasowski. Elektrargol jako środek antyseptyczny w zakażeniach złośliwych, np. paciorkowcami, niema wielkiej wartości, w zakażeniach słabszych, jak prątkiem okrężnicy przy zapaleniu miedniczek nerkowych, widziałem nieraz bardzo dobre wyniki w postaci spadków gorączki. Delavignes i Doré w szpitalu Neckera (1914 r.) wstrzykiwali 1 gr. elektrargolu w zapaleniu wiewiórowem najądrza z wynikiem również dobrym w postaci ustania bólu.

Wszystkich przypadków dymienic, leczonych elektrargolem, mam 20. Przez 5—10 minut po wstrzyknięciu chorzy odczuwają ból; wstawszy z sofki, kładą się zaraz z powrotem, skarżąc się na ból aż do omdlenia. Dwu chorych rzeczywiście zemdlało zaraz po wstrzyknięciu. Po 10 minutach ból mija, chory wstaje, często wahając swobodnie nogą dla okazania niebolesności.

Technika jest bardzo prosta. Ująwszy powiększony gruczoł między dwa palce ręki lewej, ustalam go, a prawą ręką wbijam igłę średniej grubości, sprawdzając poruszeniem gruczołu, czy koniec igły jest w jego środku, co jest zupełnie niebolesne. Jeżeli niema ropy, to wstrzykuję zaraz 5 gramów elektrargolu, co już jest bolesne. Parcie w gruczole jest po wstrzyknięciu tak duże, że jeśli puścić tłok strzykawki, to płyn do niej strumieniem powraca lub po wyjęciu igły przez otwór ukłucia tryska. Trzeba więc otwór po wstrzyknięciu przymknąć wacikiem lub przesunięciem skóry. Parcie takie jest z początku choroby, gdy torebka gruczołu jest oporna, a gruczoł jest swobodnie poruszalny, natomiast później, gdy skóra nad gruczołem już nie jest ruchoma, można wstrzyknąć 10 gr. bez stwierdzenia tego parcia; w tych przypadkach trzeba użyć grubszej igły dla wydobycia kilku kropli ropy przed wstrzyknięciem. Wstrzykiwałem we wszystkich okresach, oczywiście jeżeli nie było jeszcze chełbotania. Na 20 przypadków, 10 było świeżych, z gruczołem powiększonym, ale swobodnym.

Wyniki były następujące: W 4 przypadkach świeżych, trwających od 3 dni, cała sprawa zapalna ustąpiła; gruczoł pozostał powiększony, niebolesny. W 14 przypadkach, rozwijających się conajmniej tydzień, ropienie dojrzewało do nakłucia w przeciągu 3—7 dni; w jednym przypadku był dreszcz, trwający 6 godzin.

W 2 przypadkach rozpoznanie było wątpliwe; wrzody na członku zagojone, gruczoły prawie niepowiększone z wyjątkiem jednego obrzękłego, bolesnego. Po wstrzyknięciu nastąpił dreszcz i gorączka 39° C. U jednego chorego gorączka minęła na drugi dzień, u drugiego gorączka ciągła 39° trwała przez dwa dni i opadła przełomowo. Chory podczas gorączki czuł się — pominąwszy ból głowy — dobrze, miał duży apetyt, tętno dobrze napięte, 90—100. W obu przypadkach rozwinęła się kiła, gruczoły nie zropiały.

Wnioski:

1) Wstrzykiwaniem elektrargolu leczy się poronnie dymienice pachwinowe po wrzodzie miękkim.

2) W 80% przyspiesza się zropienie przy zmniejszeniu lub usunięciu bólu.

3) W przypadkach niejasnych co do przyrody nie powinno się używać elektrargolu.

Liczba moich spostrzeżeń mała, z powodu warunków praktyki prywatnej; ogłaszam je jednak w tej myśli, by zachęcić do prób leczenia w wielkim stylu w szpitalu lub klinice.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Z inicyatywy dr. Z. Kramsztyka i W. Chodźki zawiązało się »Polskie Towarzystwo medycyny społecznej«. Do zarządu wybrani zostali dr. Bornsztajn, Chodźko, Knappe, Z. Kramsztyk, prof. Loth, Pawlikowski, Radziwiłłowicz, Szenajch, Szmurło. Cele i zakres działania nowego Towarzystwa są według »Gazety lek.« takiesame, jak istniejącego już od szeregu lat »Stowarzyszenia lekarzy«.

Kraków. Prof. Dr Adolf Beck, wywieziony przez Rosyan jako zakładnik ze Lwowa, został nareszcie uwolniony (w drodze wymiany) i po wielomiesięcznej ciężkiej niewoli powrócił do kraju. Uniwersytet lwowski, który prof. Beck w najtrudniejszych nawet chwilach umiał ustrzedz od szkód, zgotował zasłużonemu profesorowi gorące powitanie.

— Zarząd Biblioteki Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Rodzinie ś. p. Radcy Dworu Prof. Dra Wicherkiewicza za 2445 dzieł, broszur i czasopism, ofiarowanych Bibliotece Towarzystwa za pośrednictwem Dyrekcyi Biblioteki Jagiellońskiej. — Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Kalendarz lekarski na rok 1917 wyjdzie w niedługim czasie. Ze względu na trudności adresowe raczą Szan. Koledzy zamawiać go sami u redaktora »Kalendarza« (św. Jana 18, Dr Klęsk) kartami korespondencyjnemi. Kalendarz wyjdzie tylko oprawny w płótno; cena 4 K 50 hal., bez portoryum.

Zmarli: Prof. Dr Franciszek Scherer, dyrektor kliniki chorób niemowlęcych na czeskim wydziale lekarskim i prymaryusz krajowego domu podrzutków w Pradze. »Casopis lekaru ceskych« określa zmarłego, jako człowieka nader prawego, niezmiernie pilnego pracownika i kolegę o złotem sercu. W piśmiennictwie lekarskiem zapisał się Scherer trwale szeregiem cennych prac ze swego zakresu, toteż śmierć Jego w młodym stosunkowo wieku jest dla nauki czeskiej wielką stratą. — Patolog prof. Eppinger w Grazu, internista prof. A. Weil w Wiesbaden.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polkich w Sierpniu 1916.

Gazeta lekarska. Nr 5—9 (31. —35) Jaworski: Prof. dr. H. Swięcicki. Z powodu czterdziestej rocznicy pracy naukowej (5). — Mikulski (dok. 6). — Sawicki: Działalność Wydziału szpitalnictwa i dobr. publ. od 12 sierpnia 1915 do 1 lipca 1916 (5). — Serkowski: Przyrząd do przesączania nieprzerywanego (7). — Jonscher: Przypadki błonicy u dzieci, niezwykłe pod względem klinicznym i bakteryologicznym (8—9). — Popiel: Ciąża brzuszna.

Medycyna i Kronika lekarska Nr 29—34.: Guranowski: Ubezpieczenia na życie a choroby narządu słuchowego (29—30). — Arnstein: Pyramidon w leczeniu duru brzusznego (31). — M. Biehler: Ogólne podstawy racyonalnego żywienia dzieci (29—33). — Sonenberg: Przyczynek do leczenia zapalenia rzeżączkowego cewki kobiecej (32). — Jonscher: Przypadek choroby Tay-Sachsa u dziecka chrześciańskiego (33). — Wł. Sterling: O zupełnej utracie włosów na całem ciele pochodzenia nerwowego i wielogruczołowego (34).

Zdrowie Nr 8: Janiszewski: O wymogach zdrowotnych przy odbudowie kraju. — Ruppert: Chleb i stan sanitarny piekarń warszawskich.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LV. Kraków, 15. września 1916. Nr 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych i zakaźnych c. i k. wojennego szpitala w Bernie morawskiem.

W sprawie leczenia tężca siarczanem magnowym.

podał

Dr Lesław Węgrzynowski

asystent kliniki lek. Wszechnicy lw., obecnie lekarz naczelny oddziału.

Wobec pojawiających się w ostatnim czasie w piśmiennictwie doniesień o leczeniu tężca siarczanem magnowym (z polskiego piśmiennictwa Radliński, Przegl. lek. Nr 2. 1915), w których to pracach różni autorowie podają częstokroć wyniki wprost przeciwne, stosując najrozmaitsze dawki tego środka, uważam za konieczne zdać sprawę z przypadków tej sprawy chorobowej, spostrzeganych na moim oddziale.

Na ogólną liczbę chorych od czasu otwarcia naszego zakładu d. 19. V. do końca roku 1915 7182, z tego chirurgicznych 4224, spostrzegaliśmy tężec w 8 przypadkach. Zauważyć należy, że chorych naszych przeważnie przywożono pociągami sanitarnymi wprost z pola walki, częstokroć po krótkim kilkodniowym pobycie w szpitalu polowym; materyał więc był dość świeży.

Idąc za radą szeregu autorów, zastosowałem kombinowane leczenie, — t. j. spokój, środek narkotyczny oraz surowicę przeciwtężcową.

W pierwszym rzędzie stosowałem usunięcie wszelkich bodźców zewnętrznych przez odosobnienie w zaciemnionym pokoju, następnie podawanie znacznych ilości chloralu (6—8gr dziennie) i ciągle wzrastające ilości morfiny. Co do surowicy, to w przypadku II (patrz zestawienie poniżej) zastosowano wstrzykiwanie śródtorebkowe w nerw kulszowy po odsłonięciu nerwu (prof. Rydygier) 100 I. E. surowicy oraz 100 I. E. podskórnie, następnie stale codzień podskórnie 100 I. E. w ciągu sześciu dni.

W przypadkach pierwszym, trzecim, czwartym i piątym stosowaliśmy tylko w ciągu pięciu do sześciu dni po 100 I. E., następnie w przypadku szóstym przeszliśmy do wstrzykiwań śródżylnych przez tyleż dni po 100 I. E. W ostatnich zaś dwóch przypadkach wstrzyknęliśmy surowicę do kanału kręgowego.

Powody, dla których odstąpiliśmy od wstrzykiwań podskórnych, a potem i śródżylnych, są następujace: Działanie surowicy przeciwtężcowej, podanej podskórnie, wobec mechanizmu i ścisłego łączenia się z substancyą nerwową, jest więcej niż wątpliwe. Nieco więcej spodziewać się możemy od wprowadzenia antytoksyny do obiegu krwi. Najsilniejszego działania oczekiwać należy po zastosowaniu śródtorebkowem, lub też do kanału rdzeniowego. Zabieg pierwszy, wstrzyknięcie śródtorebkowe, jest bądź co bądź zabiegiem dla chorego bardzo ciężkim, t. j. silnym, a z powodu powstającej po operacyi rany przez szereg dni trwającym bodźcem.

Początkowo baliśmy się wykonywać nakłucia lędźwiowego, przypuszczając, iż zabieg ten gotów być powodem do wywołania napadów tężcowych. Dopiero po spostrzeżonem w kilku przypadkach działaniu siarczanu magnowego (o czem niżej), zdecydowaliśmy się na wykonanie tego rękoczynu bez obawy ujemnych dla chorego skutków.

Najdzielniejszym środkiem w naszem leczeniu był siarczan magnowy (piśmiennictwa umyślnie nie przytaczam).

Już za czasu mojej działalności w szpitalu zakaźnym Asyl Meidling w Wiedniu miałem sposobność zastosować siarczan magnowy w jednym przypadku tężca u chorego na dur brzuszny w ilości 5 cm^3 10% rozczynu podskórnie, bez żadnych jednak dodatnich wyników. Na moim oddziale w przypadkach drugim do szóstego stosowaliśmy siarczan magnowy podskórnie, a to po przekonaniu się o nieszkodliwości tego środka, początkowo w mniejszych dawkach, a następnie w ilości 3 razy dziennie po 10 cm^3 50% rozczynu, a więc 15 gr »in substantia« na dzień (10—12 dni z rzędu). Mimo jednak dobrych wyników, osiągniętych w pięciu przypadkach, w dwóch ostatnich odstąpiliśmy już od wstrzykiwań podskórnych; powodem tego było nader bolesne wstrzykiwanie, a co najgorsza, utrzymywanie się bolesności na miejscu wstrzyknięcia przez dwa do trzech dni. W ostatnich też dwóch przypadkach przeszliśmy już do wstrzykiwań śródżylnych.

W pierwszym z tych przypadków stosowaliśmy 3 razy dziennie po 10 cm^3 20% rozczynu, a wobec silniejszych objawów ogólnych w przypadku ostatnim podnieśliśmy dawkę na 3 razy dziennie po 15 cm^3 20% rozczynu (9 gr »in substantia« na dzień). Wstrzykiwania wykonywaliśmy 20-centymetrową strzykawką Record do żył ramieniowych i do powierzchownych żył nóg małą igiełką z łatwością. Nigdy nie potrzebowałem uciekać się do odsłonięcia żyły, mimo że chorzy (n. p. ostatni) otrzymywali do 40 wstrzyknięć w ciągu całego leczenia. Żyły, nawet kilkakrotnie nakłute, znosiły wstrzyknięcia tej soli znakomicie. Zwracałem tylko uwagę przy tym zabiegu na wykonywanie wstrzykiwań nader powolne, kroplami, unikając w ten sposób wprowadzenia tak stężonego rozczynu w większej ilości wprost do obiegu krwi, a wywołując w ten sposób szybkie rozcieńczenie rozczynu krwią. Każde wstrzyknięcie śródżylne wywoływało u chorych uczucie »rozlewania się żaru« po żyłach, tak że czasami pod koniec wstrzykiwania chory »cały płonął«. Podmiotowo stwierdzić było można silne zaczerwienienie się skóry na twarzy i w ogóle na całem ciele, czasami występowanie kropel potu. Objawy te jednak już w kilka minut po zabiegu ustępowały zupełnie. W czynności serca nie spostrzegaliśmy większych zmian. Tętno tylko przyspieszało się nieco, następnie zwalniało.

Działanie wstrzykiwań podskórnych, a w ostatnich dwóch przypadkach śródżylnych, było wprost uderzające. Wywoływały one uspokojenie się ogólnych objawów tężcowych, uczucie ulgi, tak że chorzy o te wstrzykiwania (śród-

żylne) wprost się dopraszali. Przy uspokajaniu się objawów powoli cofałem podawane środki, nie usuwając ich nigdy naraz. Na końcu usuwałem oczywiście zawsze morfinę.

Na wprowadzanie siarczanu magnowego do kanału kręgowego nie mogłem się dotąd zdecydować, obawiając się działania porażającego na ośrodki oddechowe, opisanego w literaturze przy takiem wstrzykiwaniu.

Na jedną jeszcze, naszem zdaniem ważną sprawę pragnęlibyśmy zwrócić uwagę, a to porządek stosowania powyżej wspomnianych środków.

Chcąc, o ile to tylko możliwe, zmniejszyć bodźce, wywołane przez te zabiegi, podawaliśmy zawsze najpierw chloral (per os lub per rectum), w pół godziny potem wstrzykiwaliśmy morfinę, a znowu w pół godziny potem wstrzykiwaliśmy śródżylnie siarkan magnowy.

Bezpośrednio dopiero po wprowadzeniu siarkanu magnowego u przygotowanego w ten sposób chorego wykonywaliśmy nakłucie lędźwiowe celem wprowadzenia surowicy. Zawsze trzymaliśmy w pogotowiu chloroform dla ewentualnego uśpienia, gdyby zabieg ten okazał się zbyt silnym bodźcem i wywołał gwałtowny, dla życia niebezpieczny napad. Nigdy jednak nie potrzebowaliśmy w naszych przypadkach uciekać się do tego środka.

L.	Rana	Dni od zranienia: Do pierw. objaw.	Dni od zranienia: Do roz pocz. leczenia.	Trw. leczenia	Surowice	Siar. magnowy	Uwagi
1	Rana szarpana (szrapnel) lewego pośladka	7	10	1½	Podskórnie		Wycięcie i przypalenie brzegów rany. Wyjęcie kuli (Prof. Rydygier). Śmierć wśród ogólnego tężca.
2	Przestrzał goleni	10	11	16	Podskórnie	Podskórnie	Odsłonięcie nerwu kulszowego (Prof. Rydygier). Wyzdrowienie
3	Przestrzał lewej goleni i prącia	13	14	16	Podskórnie	Podskórnie	Wyzdrowienie
4	Przestrzał przez staw barkowy lewy	19	21	18	Podskórnie	Podskórnie	Wyzdrowienie
5	Rana szarpana powikłana złamaniem prawego uda	6	8	2	Podskórnie	Podskórnie	Śmierć z powodu pęknięcia tętnicy udowej
6	Przestrzał prawej goleni	7	9	15	Śródżylnie		Wyzdrowienie
7	Przestrzał prawej goleni	13	13	13	Śródlędźwiowo	Śródżylnie	Wyzdrowienie
8	Rana szarpana lego uda	18	26	17	Śródlędźwiowo	Śródżylnie	Wyzdrowienie

Podając powyżej zestawienie naszych ośmiu przypadków tężca, zauważyć musimy, że przypadek pierwszy nie był leczony siarkanem magnowym, a chory ten zmarł w trzydzieści godzin po dostarczeniu go do szpitala. W przypadku zaś piątym, w którym widzieliśmy wybitne działanie siarkanu, nastąpiła śmierć skutkiem gwałtownego krwotoku z powodu pęknięcia tętnicy udowej.

Wobec małego materyału i stosunkowo dłuższego już nieco okresu wylęgania naszych przypadków (chociaż we wszystkich, z wyjątkiem VII, doszło do objawów ogólnych), daleki jestem od wypowiadania stanowczego zdania o metodzie, tu przytoczonej, stwierdzam zaś tylko, co następuje:

1) Siarkan magnowy, zastosowany podskórnie w roztczynie 50% w ilości 15 gr »in subst.« na dzień przez szereg nawet dni, nie wywołuje żadnych ujemnych dla ustroju skutków, jedynie te podskórne wstrzykiwania są bolesne, a bolesność utrzymuje się szereg dni.

2) Siarkan magnowy, wstrzykiwany śródżylnie w roztczynie 20% 3 razy dziennie po 15 cm^3 (9 gr »in subst.« na dzień) nawet przez szereg dni, nie oddziaływa ujemnie na ustrój, przyczem zabieg ten jest w zupełności niebolesny.

3) Tak przy podskórnem, jak przedewszystkiem przy śródżylnem wstrzyknięciu posiada siarkan magnowy, stosowany w dawkach wyżej podanych, wybitne działanie uspokajające drgawki tężcowe tak co do nasilenia, jak i częstości.

4) Wyniki, jakie osiągnęliśmy w naszych przypadkach, zachęcają do stosowania siarkanu magnowego w dawkach dużych (podskórnie 15 gr, śródżylnie 9 gr., dziennie). Ze względu zaś na szybko występujące działanie i zupełną bezbolesność zaleca się stosowanie siarkanu magnowego śródżylnie.

Z krajowego Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Przypadek twardziny skóry powikłany otępieniem wczesnem

podał

Hadryan Demianowski

Przypadek, który pragnę omówić, nie ma wywiadów. Nie można dostać ich ani od samej chorej, dziś już znacznie otępiałej, a w każdym razie w wysokim stopniu negatywistycznej, ani od rodziny, która sama ze zdziwieniem dopytuje się o czas wystąpienia charakterystycznych zmian na skórze, ani wreszcie z historyi choroby, która, pochodząc z zakładów psychiatrycznych, mało tego rodzaju zmiany uwzględnia lub je zupełnie pomija. Jedyną wzmianką jest twierdzenie chorej, zapisane w historyi choroby zakładu Steinhof (r. 1910), że podczas pobytu w domu w czasie zwolnienia choroby umysłowej bolały ją palce, co jej miało przeszkadzać w robotach ręcznych.

W zakładzie kulparkowskim pozostaje chora od dnia 25 czerwca 1912 (przywieziona z zakładu w Steinhof) z powodu parainodalnej formy otępienia wczesnego (dementia praecox paranoides). Omówienie stanu umysłowego zostawiam na koniec.

Chora 34-letnia, dziedzicznie nie obciążona, wzrostu niskiego (138·2 cm), o kośćcu drobnym, waży 47 kg. Czaszka symetryczna (o następujących wymiarach: dług. najw. głowy = 17·5 cm, szer. najw. głowy = 15·0 cm, wys. głowy = 11·7 cm). Owłosienie średnio obfite o charakterze kobiecym, włosy suche. Skóra śniadawa, z odcieniem różowym, nie okazuje wyraźniejszych różnic w pigmentacyi. Palce blado-sine. Błona śluzowa na podniebieniu bardzo blada; brak siekaczy szczęki górnej, dolne wybitnie poprzecznie prążkowane (rycina), typowe zęby tężyczkowe, głęboko obnażone z dziąseł. Język wysunięty drży. Usta o wargach wązkich, pokreślone koncentrycznemi zmarszczkami. Skóra czoła przy schmurzeniu układa się w części środkowej w długie podłużne zmarszczki. Gruczoł tarczowy

bardzo słabo macalny; sutki dziewicze. Nieznaczne skórne przykurczenia w stawach łokciowych.

Skóra, bez zmian wybitnych na twarzy, od szyi począwszy w kierunku ramion i piersi coraz twardsza, coraz mniej sprężysta. Na skórze brzucha, przedramion i na palcach rąk zmiany te dochodzą najwyższego stopnia: skóra nieco zaczerwieniona, o ciepłocie takiej samej, jak ciepłota miejsc, niezajętych sprawą chorobową, twarda, zbita, napięta, niepodatna, na przedramieniu i palcach zrosła prawdopodobnie z tkankami głębszemi, nie da się ująć w palce. Końcowe człony palców nie zwężone (jak to bywa przy akromikrii), ale skrócone, paznokcie częściowo zniekształcone i szponowato zagięte, częściowo zanikłe w postaci drobnych blaszek. Na kończynach dolnych zmiany znacznie mniejsze; skóra daje się ująć w fałd, nieco twardsza i zbitsza na grzbiecie stóp. Paznokcie bez zmian. Sinica stóp. Posunięcie główką szpilki po miejscach schorzałych pozostawia po sobie dość długo trwającą smugę białą (dermografia biała). Na plecach niema żadnych zmian.



W pracowni rentgenologicznej kliniki wewnętrznej we Lwowie dokonał kol. Dr Pańczyszyn zdjęć z głowy, rąk i stóp chorej. Niestety obecnie skutkiem wojny i nieobecności kol. Pańczyszyna płyt tych niemożna odszukać. O ile sobie przypominam, to zmiany w kościach, na rentgenogramach nie ograniczały się tylko do obwodowych odcinków kończyn górnych, ale w równej mierze występowały na palcach stóp.

Badanie krwi (Prof. Hornowski) wykazuje: hemoglobiny 120, czerwonych ciałek 7,175.000, białych ciałek 8.600, wielojądrzastych 68%, limfocytów dużych 13%, limfocytów małych 14%, przejściowych 5%, neutrofilów 88%, eozynochłonnych 12%, myelocytów neutrof. 4% Bardzo nieliczne czerwone ciała jądrzaste. Wogóle więc stwierdzono zwiększenie ilości czerwonych ciałek, zwiększenie ilości limfocytów, zwiększenie ilości eozynochłonnych, nieliczne czerwone ciałka z jądrami. Próba Wassermanna: +++

Stan narządów wewnętrznych: Drugi ton nad tętnicą płucną zaostrzony. Zmiany gruźlicze w płucach. Ciepłota pod pachą 36·8 C. Tętno 84. Mocz bez cukru i białka.

Badanie układu nerwowego w zakresie nerwów mózgowych poza lekkiem drżeniem języka nie wykazuje zmian. Odruchy okostne kończyn górnych słabe, równe; siła motoryczna mała. Odruchy kolanowe równe, bardzo żwawe (pseudoclonus), ze ścięgna Achillesa także równe, choć mniej żwawe. Odruch paluchowy: zgięcie ku podeszwie. Objawu Romberga niema. Czucie bólu i ciepłoty, o ile stan umysłowy chorej pozwala na wyciąganie wniosków z badania, tak na miejscach, zajętych sprawą chorobową, jak i na miejscach zdrowych zmian nie wykazuje.

Pobudliwość nerwów na prąd stały przedstawia się w sposób następujący: Skurcz mięśni przy drażnieniu nerwu łokciowego: zamknięcie katody = 3 M A, zamknięcie anody = 3·5 M A, tężec przy zamknięciu katody = 4·8 M A, otwarcie anody = 5 MA. Z nerwu twarzowego: zamknięcie katody = 1·2 M A, zamknięcie anody = 3·2 M A.

Badanie okulistyczne: Cataracta punctata oculi utriusque.

Wychodząc z poglądu, ogólnie dziś przyjętego, a odmawiającego sklerodaktylii stanowiska samoistnego, nie możemy sprawy chorobowej u naszej chorej uważać za kombinacyę sklerodaktylii ze sklerodermią, natomiast rozpoznanie nasze będzie opiewać: sklerodermia diffusa. A o ile uwzględniamy i okres rozwoju cierpienia, to dodamy: stadium indurativum.

Chociaż sklerodaktylia ma szereg cech, bardzo dla niej znamiennych, jak n. p. zajęcie sprawą chorobową tkanek głębszych, symetryczność, częstość zmian w odżywianiu, jednakże z powodu braku jakichkolwiek różnic anatomo patologicznych, wyodrębniających ją od twardziny innych miejsc skóry, oraz z powodu rzadkości występowania z osobna, musimy jej odmówić znaczenia jednostki chorobowej.

Rozmieszczenie zmian chorobowych na skórze w przypadku naszym nie odpowiada ani przebiegowi nerwów, ani segmentom rdzenia. Lewin i Heller wspominają w swej monografii o 21 przypadkach zebranych z piśmiennictwa, gdzie sprawa toczyła się w zakresie nerwów obwodowych, i to najczęściej w zakresie nerwu trójdzielnego Dinkler spostrzegał zmiany w zakresie nn. międzyżebrowych, Neumann w zakresie n. promieniowego. Inni autorzy natomiast widzieli zmiany twardzinowe w zakresie pewnych segmentów rdzenia (Lilienthal, Guth, Kalb).

Co do zmian w pigmentacyi, to mimo, że należą one do najczęstszych, niema ich w naszym przypadku.

Angielscy autorzy (Crocker, Herringham) spotykali wczesną utratę zębów, według ich zdania prawdopodobnie skutkiem zmian w odżywieniu dziąseł. Naszej chorej, mimo, że ma dopiero 34 lat, brak zębów górnej szczęki, a dolne bardzo wystają z dziąseł, częściowo może skutkiem braku zębów przeciwniczych, a częściowo z powodu zaniku błony śluzowej dziąseł.

Podawanych w piśmiennictwie podmiotowych zmian czucia pod postacią parestezyi, stan umysłowy naszej chorej stwierdzić nie pozwala.

Badania nad stosunkiem wzajemnym składników krwi nie doprowadziły do wyników zgodnych. Szereg jednak autorów przechyla się do zdania, że występuje eozynofilia, co było także i w naszym przypadku.

Próba Wassermanna dodatnia u naszej chorej nie przesądza sprawy co do kiły. Niektórzy autorowie zaliczają sklerodermię do szeregu tych chorób, które jak trąd, framboezya, zimnica, płonica, bez względu na kiłę dają dodatni wynik próby Wassermanna*).

Gruczoł tarczowy powiększony spostrzegali Mayer i Jonas; Schäfer natomiast zanik gruczołu; inni wreszcie znajdowali tarczycę niezmienioną.

Co się tyczy zmian paznokci, to Lewin i Heller znaleźli je w 11% przypadków, podanych w piśmiennictwie.

Zmiany w sercu najczęściej są czynnościowe. Hoppe-Seyler tłómaczy zaostrzenie drugiego tonu nad tętnicą płucną przejściem sprawy chorobowej na narządy głębiej położone, w tym przypadku na płuca.

Postrzegane różnice w ciepłocie miejsc zdrowych a miejsc zajętych twardziną wynosiły do 1·5° C. na niekorzyść strony chorej (Kaposi). Maćre znalazł tesame różnice.

Poza objawami, wyżej omówionymi, a należącymi do obrazu twardziny skóry, znaleźliśmy kilka innych, które skierowały uwagę naszą w kierunku tężyczki. Jakkolwiek historya choroby nic o napadach tego rodzaju nie wspomina, nie wyłącza to jednak możliwości przeoczenia ich tylko, zwłaszcza gdy uwzględnimy, jak łatwo mogły ginąć dla oka wśród manier i stereotypii. Poprzeczne prążkowanie siekaczy, prawie znamienne dla tężyczki, a odpowiadające swą ilością zaostrzeniom cierpienia, jest w naszym przypadku nadzwyczaj typowe. Również wybitnym szczegółem

*) Kaplan D. M. The Wassermann test. Some factors of non specific. inhibition. New York med. Journ. 1912.

rozpoznawczym jest zaćma (cataracta punctata). Jakkolwiek tak ważnej pod względem rozpoznawczym wzmożonej pobudliwości nerwów na prąd elektryczny stwierdzić nie mogliśmy, to fakt ten można sobie tłomaczyć zmianami w przewodnictwie i zbitości odpowiednich odcinków skóry, chorobowo zmienionej. To samo odnieść możemy i do braku dodatniego objawu Chvostka sen. W każdym razie różnica między napięciem prądu, potrzebnego do wywołania minimalnego skurczu tężcowego, wynosząca 1·8 M A, jest zbyt małą i polegać musi na wzmożonej pobudliwości. Powyższe jednak dodatnie objawy pozwalają z całem prawdopodobieństwem mówić o przebytej lub ukrytej tężyczce.

Przypadek nasz wikła jeszcze psychoza, która w znacznym stopniu utrudniła badanie, a uniemożliwiła zebranie danych podmiotowych i wywiadowych.

Chora nasza po nieudanym zamachu samobójczym przywieziona została na klinikę psychiatryczną w Wiedniu, a stamtąd do zakładu dla umysłowo chorych w Steinhof. Badanie w tym zakładzie wykazało: niedołęstwo (imbecillitas); cechy charakterystyczne dla otępienia wczesnego: brak kontaktu czuciowego z otoczeniem, oderwanie się od rzeczywistości (fantazyowanie), zamknięcie się w sobie, sztywność afektu, urojenia prześladowcze przeważnie o zabarwieniu erotycznem (pozbawienie dziewictwa przez lekarza), omamy słuchowe i czucia cielesnego (operacye na częściach rodnych, szczypanie). W czerwcu r. 1912 przewieziona do zakładu w Kulparkowie, początkowo miała chora tesame urojenia. Obecnie z powodu otępienia wtórnego mało produktywna; daje się jednak stwierdzić w wysokim stopniu oderwanie się od rzeczywistości, chora żyje w świecie własnej fantazyi, nie zwracając żadnej uwagi na otoczenie. Monotonne, dziecinne, niemodulowane zachowanie się, negatywizm, skłonność do stereotypii ruchowych.

Na tej podstawie rozpoznać dziś możemy otępienie wczesne pod formą katatoniczną (dementia praecox katatonica).

Piśmiennictwo: Obszerne omówienie twardziny skóry znaleść można w następujących pracach: 1) Cassirer: Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. 1912. 5) Kaposi: Lehrbuch der Hautkrankheiten. 3) Kaposi: Zwei Fälle von Sklerodermie. Wien. klin. Woch. 1895. 4) Krzyształowicz: Przyczynek do histologii twardziny skóry. Przegl. lek. r. 1905 Nr. 34 i 35. 5) Lewin u. Haller: Sclerodermie 1895.

Z Zakładu farmakologicznego Uniwersytetu Lwowskiego.
Dyrektor: Prof. Dr L. Popielski.

Alkohol i wydzielanie soku żołądkowego.

Podał

Dr L. Warchoł,
asystent Zakładu.

(Dokończenie).

Doświadczenie XIV.

16. I. 1914. Pies »Kudłaty« 17,500 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą. Żołądek przepłukany przed rozpoczęciem doświadczenia.

O 8 h 20′ zaczęto zbierać sok żołądkowy.

O 9 h 00′ zebrało się 14,0 ccm soku żoł., odtąd co 5′: 2,0 1,0 1,0 0,5 0,5.

O 9 h 25′ wprowadzono psu do dwunastnicy 100 ccm 30% alkoholu w przeciągu 2′30″; pies oblizuje się silnie.

O 9 h 30′ początek zbierania soku żołądkowego: w odstępach 5′ zebrano: 4,5 16,5 11,0 8,5 3,0 3,5 3,0 1,0 razem 51,0 ccm w przeciągu 40 minut.

W tem doświadczeniu wydzielanie rozpoczęło się po 5′, co czyni prawdopodobnym udział bodźca psychicznego w przebiegu wydzielania, trwającego przez 40 minut. Ilość zebranego soku żołądkowego wynosiła 51,0 ccm.

Prawdopodobieństwo powyższego przypuszczenia jeszcze więcej uwidacznia się w doświadczeniu XV, w którem taka sama, 30,0 gr wynosząca ilość alkoholu u tegoż samego psa »Kudłatego« wywołała w przeciągu 2 godzin wydzielanie 119,5 ccm soku żołądkowego.

I w tem doświadczeniu XV wydzielanie soku rozpoczęło się po upływie 5 minut.

Doświadczenie XV.

19. I. 1914. Pies »Kudłaty« 17,500 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą.

O 8 h 15′ początek zbierania soku żołądkowego.

O 9 h 15′ w próbówce zebrał się płyn gęsty, śluzowaty, oddziałujący zasadowo.

O 9 h 20′ wprowadzono do dwunastnicy w przeciągu 2′30″ 100 ccm 30% alkoholu; pies silnie się oblizuje i łyka ślinę.

O 9 h 25′ zaczęto zbierać sok żołądkowy; o g. 9 h 30′ zaczyna się pojawiać sok. Odtąd co 5′ otrzymano: 3,0 3,0 2,0 2,0 1,0 3,0 5,0.

O 9 h 30′ pies staje się niespokojnym, rzuca się na wszystkie strony.

O 10 h 07′ ruchy wymiotne, przyczem odrazu wylewa się większa ilość soku żołądkowego. O g. 10 h 13′ pies niespokojny, rzuca się.

Wydzielanie soku co 5′: 11,0 4,5 4,0 6,0 4,5 7,5 8,0 4,5 7,5 7,0 8,0 5,5 6,0 5,0 5,0 4,0 4,0 razem 119,5 ccm w przeciągu 2 godzin.

W następnem z rzędu doświadczeniu XVI wprowadziłem psu »Kudłatemu« 40,0 gr alkoholu do dwunastnicy. Jednak ilość wydzielonego soku żołądkowego nie okazała się większą w porównaniu z ilością soku w doświadczeniu XV.

Doświadczenie XVI.

23. I. 1914. Pies kudłaty 17,500 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą.

O 8 h 45′ rozpoczęto zbierać sok żołądkowy.

O 9 h 45′ zebrany w probówce płyn jest gęsty, śluzowaty, oddziałujący zasadowo.

O godz. 9 h 45′ wprowadzono do dwunastnicy w przeciągu 2′30″ 100 ccm 40% alkoholu; pies oblizuje się często.

O 9 h 50′ rozpoczęto zbierać sok żołądkowy.

O 9 h 55′ brak wydzielania soku.

O 10 h 00′ rozpoczyna się wydzielanie; co 5′ zbierano: 5,0 2,6 1,4 2,5.

O godz. 10 h 50′ pies sprawia wrażenie pijanego.

Dalsze wydzielanie: 1,5 2,5 2,5 2,0 1,5 3,0 5,5 7,0 4,0 6,0 6,0 6,5 3,5 3,0 3,0 2,0 1,0 1,0 razem 73 ccm w przeciągu 2 godzin.

O godz. 11 h 15′ pies trochę niespokojny, źrenice wązkie, oddziałują na światło; — pies interesuje się otoczeniem.

Jak widzimy, po wprowadzeniu 40,0 gr alkoholu wydzielanie soku żołądkowego rozpoczęło się dopiero po 10′. Po upływie 15 minut od chwili wprowadzenia wystąpiły wyraźne objawy ogólnego działania alkoholu: pies sprawiał wrażenie pijanego, zwiesił głowę w dół i słabo oddziaływał na wołanie. W pierwszych 45 minutach wydzielanie było względnie słabe i znacznie mniejsze w porównaniu z ilością soku, wydzielonego przez taki sam czas w doświadczeniu XIV i XV. Mianowicie w tych doświadczeniach wydzieliło się w ciągu 45′ po wprowadzeniu 20,0 i 30,0 gr alkoholu 51 ccm i 34,5 ccm soku, w doświadczeniu zaś XVI po 40,0 gr alkoholu tylko 21,5 ccm soku. W drugiej godzinie wydzielanie było większe i wynosiło 50,0 ccm, przyczem równocześnie wystąpiło zmniejszenie objawów ogólnego działania alkoholu: pies podniósł głowę i zaczął się interesować otoczeniem.

Na uwagę zasługują doświadczenia XVII i IX z podskórnem wprowadzaniem alkoholu. Zwłaszcza zajmujący

jest wynik doświadczenia XVII na psie »Czarnym«, które przytoczę w całości.

Doświadczenie XVII.

25. I. 1914. Pies »Czarny« 12,500 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą.

O 8 h 00′ początek zbierania soku żołądkowego, do 9 h zebrano: 10,0., odtąd co 5′: 1,0 0,5 0,5 0,5.

O godz., 9 h 20′ wprowadzono psu pod skórę z każdej strony tułowia po 15 ccm, a więc razem 30 ccm 70% alkoholu czyli 21 ccm alkoholu absolutnego; pies trochę się szamotał.

O godz., 9 h 24′ alkohol wessał się zupełnie z miejsca wprowadzenia.

O g. 9 h 25′ pies zachowuje się spokojnie.

O 9 h 20′ początek zbierania soku: odtąd co 5′: 0,5 0,2 0,3 0,0 1,5 1,5 1,0 1,0 0,5 0,5 0,5 0,5 0,3 0,2 0,3 0,2 0,1.

Jak widać z doświadczenia XVII, wydzielanie soku żołądkowego po podskórnem wprowadzeniu alkoholu było nader małe, niczem prawie nie różniące się od przebiegu wydzielania przed wprowadzeniem alkoholu. Tymczasem doświadczenie IX na psie »Białym« wykazuje wybitny wpływ podskórnego wprowadzenia alkoholu na wydzielanie soku żołądkowego, jakkolwiek ilość alkoholu, obliczona na 1 klg wagi psa, wynosiła tutaj 1,4 gr, gdy w doświadczeniu XVII 1,7 gr.

Również doświadczenia z wprowadzeniem alkoholu do odbytnicy nie wykazały u niektórych psów zgoła żadnego wpływu na wydzielanie soku żołądkowego, pomimo, że niekiedy ilość alkoholu była nawet bardzo wielka. W doświadczeniach tych przed wprowadzeniem alkoholu opróżniano stale odbytnicę z kału, aby alkohol mógł swobodnie działać na błonę śluzową kiszki.

We wszystkich wyżej przytoczonych doświadczeniach badano wpływ małych i średnich dawek alkoholu na czynność gruczołów żołądkowych. Ze względu jednak na przypuszczalny psychiczny charakter wydzielania soku żołądkowego w niektórych doświadczeniach, nie można było, — rzecz jasna, — poniechać doświadczeń z dużemi dawkami alkoholu. Ponieważ alkohol w dużych dawkach znosi czynność ośrodków psychicznych, wiec w razie istnienia psychicznego charakteru wydzielania należało przypuszczać po dużych dawkach alkoholu całkowite zniesienie wydzielania. I rzeczywiście następujące doświadczenie X w zupełności potwierdziło słuszność powyższego rozumowania.

Doświadczenie X.

24. VII. 1913. Pies »Biały« 13,800 klg wagi z przetoką żołądkową i dwunastniczą.

O 9 h 15′ zaczęto zbierać sok żołądkowy, odtąd zebrano co 15′: 3,1 1,5 2,8 2,0 razem 9,5 ccm w ciągu godziny.

O g. 10 h 15′ wprowadzono do dwunastnicy w przeciągu 2′ 100 ccm 50% alkoholu; pies niepokoi się i oblizuje się bez ustanku.

O g. 10 h 20′ pies zwiesza głowę między nogi przednie; sok zaczyna się wydzielać.

O g. 10 h 25′ pies staje się całkiem bezwładnym, zwiesza się na podtrzymujących go sznurkach i nie może utrzymać głowy.

O g. 10 h 27′ pies chrapie; wydzielanie soku prawie się zatrzymuje; serce pracuje energicznie.

O g. 10 h 40′ występuje zupełne zatrzymanie wydzielania soku.

O 10 h 15′ zaczęto zbierać sok co 15′: 13,2 1,7; następnie co 5′: 0,2 0,1 0,2 0,2 0,1 0,0 razem 0,8 ccm w ciągu 1/2 godziny.

O godz. 10 h 16′ pies przestał oddychać; czynność serca była wybitnie przyspieszona. Zastosowano sztuczne oddychanie, a nadto wstrzyknięto podskórnie 0,01 siarczanu atropiny i przepłukano żołądek i dwunastnicę. Po upływie 10′ rytmicznego ugniatania klatki piersiowej przy równoczesnem wyciąganiu języka powróciły oddechy, początkowo słabe. Następnie pies popadł w stan silnego podrażnienia i szczekał bez ustanku; wstać jednak nie mógł.

O g. 9 h 00′ wieczorem pies pogrążony w głębokim śnie, tak że nie można go zbudzić. Na drugi i trzeci dzień źrenice były jeszcze silnie rozszerzone.

Należy zaznaczyć, że powyższe doświadczenie zostało przeprowadzone na psie »Białym«, który stale oddziaływał na wprowadzenie nawet bardzo małych dawek alkoholu obfitem wydzielaniem soku żołądkowego. Widzimy jednak, że przy wprowadzeniu 3,63 gr alkoholu na 1 klg wagi psa występuje już niebezpieczne działanie alkoholu, a mianowicie porażenie ośrodków oddechowych, a naturalnie także i ośrodków psychomotorycznych. Pomimo, że serce dalej pracowało, jakkolwiek niezmiernie szybko, to jednak wydzielanie prawie całkowicie ustało, wynosząc zaledwie 0,8 ccm soku żołądkowego na 30 minut.

Jeżeli teraz zestawimy wyniki powyżej przytoczonych doświadczeń, to dochodzimy do wniosku, że alkohol w małych dawkach 0,47, 0,94 i 1,5 gr na 1 klg wagi wywołuje wydzielanie tylko u niektórych zwierząt. Natomiast dawki średnie, począwszy od 1,75 gr na 1 klg wagi, wywołują wydzielanie soku żołądkowego u wszystkich badanych przezemnie zwierząt. Przy dawce zaś 3,63 gr na 1 klg wagi ustaje zupełnie wydzielanie soku żołądkowego. Niektóre fakty wskazują, że wydzielanie, jakie w pewnych doświadczeniach występuje, jest pochodzenia psychicznego, to znaczy, że zależy ono nie od działania alkoholu, ale od samego zabiegu, związanego z wprowadzaniem alkoholu Jednym z tych faktów jest zjawianie się wydzielania w 5′ — 8′ od początku zabiegu wprowadzania, co właśnie jest charakterystyczne dla soku »psychicznego«. Drugim faktem, już także wyżej wspomnianym, jest ustanie wydzielania przy porażeniu ośrodków psychomotorycznych, co wynika z faktu porażenia ośrodków oddechowych od dawki 3,63 na 1 klg wagi; ośrodki bowiem psychomotoryczne ulegają wcześniej porażającemu działaniu alkoholu, aniżeli ośrodki oddechowe. Trzecim faktem jest brak zależności pomiędzy ilością wprodzonego alkoholu i ilością wydzielonego soku żołądkowego. Następnie również ważny jest fakt, że wydzielanie soku żołądkowego od tych samych dawek alkoholu daje się spostrzedz tylko u niektórych psów.

Jednakże przytoczone fakty czynią tylko prawdopodobnem przypuszczenie o psychicznym charakterze wydzielania soku żołądkowego po alkoholu. Natomiast wyżej przytoczone doświadczenia stwierdzają w sposób bezwzględnie pewny, że wydzielanie soku żołądkowego po alkoholu jest pochodzenia ośrodkowego, przyczem drogą, po której bodźce dostają się od ośrodków nerwowych do gruczołów żołądkowych, są nerwy błędne.

Doświadczenia, stwierdzające ten wniosek, przeprowadzono 1) na psach po przecięciu nerwów błędnych; 2) na psach z prawidłową innerwacyą gruczołów żołądkowych, ale po podaniu atropiny.

Przecięcie nerwów błędnych wykonano w klatce piersiowej tuż nad przeponą, przyczem stosowano modyfikacyę uśpienia Meltzer - Auera.

Modyfikacya ta polegała na tem, że po wprowadzeniu cienkiego cewnika gumowego do tchawicy usypiano psa głęboko aż do chwili otwarcia klatki piersiowej przez resekcyę IX żebra. W tej chwili służący zaczynał wdmuchiwać ustami powietrze do cewnika i w ten sposób podtrzymywał czynność oddechową zwierzęcia w zmienionych warunkach ciśnienia powietrza na płuca. Ponieważ operacya przecięcia nerwów błędnych trwała bardzo krótko, więc zwierzę nie budziło się i nie przeszkadzało własnymi ruchami oddechowymi zaszyciu rany w klatce piersiowej. Zaznaczyć należy, że, jeżeli się przetnie nerwy błędne ile możności nizko, to zwierzęta znoszą operacyę bardzo dobrze i nie dostają — oprócz kilkakrotnych wymiotów w pierwszych dniach po operacyi — żadnych niebezpiecznych objawów. Naturalnie trzeba śledzić czynność żołądka, którego czynność, zwłaszcza ruchowa, jest znacznie upośledzona.

Otóż na jednym z tak przygotowanych psów przeprowadzono doświadczenia nad wpływem alkoholu na wydzielanie soku żołądkowego. Wszystkie doświadczenia zgodnie wykazały, że alkohol u psów z przeciętymi nerwami

błędnymi nie wywołuje wydzielania soku żołądkowego. Jedno z tych doświadczeń, wykonanych na psie »Żółtym«, przytoczę w całości.

Należy jeszcze zaznaczyć, że u psów z przeciętymi nerwami błędnymi rozwija się z czasem stan nieżytowy żołądka, z którego stale wydziela się nieznaczna ilość soku żołądkowego, zmieszanego ze śluzem. Otóż taki właśnie stan był i u psa »Żółtego«.

Doświadczenie I.

8. III. 1913. Pies »Żółty«, 24 klg wagi, z przetoką żołądkową i dwunastniczą oraz z ezofagotomią. Nerwy błędne przecięto w klatce piersiowej. Żołądek przepłukany przed doświadczeniem.

O g. 8 h 00′ zaczęto zbierać sok żołądkowy.

O g. 9 h 30′ zebrało się po upływie 1 h 30′ 2,5 ccm soku żołądkowego.

O g. 9 h 35′ wprowadzono do dwunastnicy 50 ccm 50% alkoholu czyli prawie 1,0 gr na 1 klg wagi psa.

O g. 9 h 35′ przystawiono cylinder kalibrowany; zebrało się co 15′: 0,2 0,3 1,2 1,2 razem 2,9 ccm w ciągu godziny.

W tem doświadczeniu pies dostał 1,0 gr alkoholu na 1 klg wagi. Jednak inne doświadczenie, w którem ilość podanego alkoholu wynosiła 0,45 gr na 1 klg wagi, dało taki sam wynik, to jest nie nastąpiło żadne wydzielanie.

Do doświadczenia z atropiną wybrano psa z nieuszkodzonymi nerwami błędnymi. Psu temu po poprzedniem podaniu atropiny wprowadzono do dwunastnicy 1,6 gr alkoholu na 1 klg wagi, to jest taką dawkę alkoholu, która u wszystkich badanych psów wywołała wydzielanie soku żołądkowego. Doświadczenia z atropiną nie są przyjemne, gdyż zwierzęta popadają w stan silnego podniecenia, rzucają się, wyją, wyrywają się ze stojaka i t. p. Wypływająca z przetoki żołądkowej ciecz była niejednokrotnie niczem innem, jak tylko już dawniej wydzielonym, a dopiero teraz wyciśniętym z pośród fałdów błony śluzowej sokiem żołądkowym. Dlatego to nie przerywa się czasem wypływ cieczy, wprawdzie słabo kwaśnej i mocno śluzowatej, co też właśnie było w następującem doświadczeniu.

Doświadczenie IV.

31. III. 1913. Pies »Czarny«, 16 klg wagi, z przetoką żołądkową i dwunastniczą. Żołądek przepłukano przed doświadczeniem.

O g. 8 h 10′ nastawiono cylinder do zbierania soku.

O g. 8 h 25′ wydzieliło się 2,0 ccm soku żoł., o g. 9 h 10′ 8,0 ccm, czyli 10 ccm w przeciągu godziny.

O g. 9 h 13′ wprowadzono psu podskórnie 0,6 ccm 1% atropiny, świeżo przygotowanej.

O g. 9 h 23′ występuje u psa silny niepokój; źrenice są silnie rozszerzone.

O g. 9 h 29′ wprowadzono po raz drugi podskórnie 0,5 ccm 1% atropiny.

O g. 9 h 10′ nastawiono cylinder do zbierania soku żoł. Odtąd wydzielanie co 10′: 2,3 2,2 1,3 razem 5,8 ccm w ciągu 30′.

O g. 9 h 40′ wprowadzono psu do dwunastnicy w przeciągu 1′ 50 ccm 50% alkoholu czyli 1,56 gr na 1 klg wagi psa.

O g. 9 h 42′ pies staje się niespokojnym, rzuca się, wyrywa się, piszczy ochryple; źrenice są ad maximum rozszerzone.

O g. 9 h 45′ pies rzuca się tak silnie, że trudno go utrzymać w stojaku.

O g. 9 h 50′ pies uspokoił się, zwiesił głowę w dół.

O g. 9 h 50′ wydzieliło się 2,1 ccm soku, o 10 h 10′ 3,4, razem 5,5 ccm w ciągu 30′.

O g. 10 h 15′ pies rzuca się i co chwila zwraca głowę w tę lub ową stronę.

O g. 10 h 25 pies silnie podniecony, rzuca się tak gwałtownie, że musiano przerwać doświadczenie.

O g. 10 h 25′ wydzieliło się 1,0 ccm soku żoł.

O g. 6 h 00′ pies zjadł kolacyę, wesoły.

O g. 7 h 30′ źrenice jeszcze rozszerzone.

Jak z powyższego doświadczenia widzimy, alkohol nie wywołuje po atropinie wydzielania soku żołądkowego. Fakt ten jest dalszem stwierdzeniem wniosku, wyprowadzonego z doświadczeń na psach z przeciętymi nerwami błędnymi, że alkohol w przypadkach wywołania wydzielania soku żołądkowego wywiera swój wpływ przez ośrodki nerwowe.

Badania moje przedstawiają sprawę działania alkoholu na gruczoły żołądkowe w świetle odmiennem od dotychczasowego.

Można wprawdzie uważać jeszcze za niezupełnie rozstrzygnięty wniosek, że alkohol w średnich dawkach 1,7 gr na 1 klg wagi wywołuje wydzielanie nie sam przez się, ale przez psychiczne oddziaływanie na zwierzęta samego zabiegu wprowadzania; niemniej jest faktem zupełnie pewnym, że alkohol wywołuje wydzielanie jedynie przez ośrodki nerwowe. W każdym razie tylko począwszy od dawek 1,7 gr alkoholu na 1 klg wagi zwierzęcia, można mówić o działaniu, — naturalnie bezsprzecznie ośrodkowem, — alkoholu na gruczoły żołądkowe. Badania moje mają znaczenie nietylko teoretyczne, ale także pozwalają na wnioski praktyczne. Przedstawiłem, jak bardzo jest prawdopodobnem, że całe wydzielanie soku żołądkowego pod działaniem alkoholu jest wyrazem wpływu psychicznego, związanego z wprowadzeniem alkoholu. Widzieliśmy, że występuje ono tylko u niektórych psów, co niewątpliwie zależy od usposobienia, od pewnego — że się tak wyrażę — nastroju psychicznego. Jeżeli zaś koniecznie potrzebna jest obecność nastroju, to w takim razie zupełnie zbędne jest używanie alkoholu dla wywołania wydzielania soku żołądkowego, gdyż tam, gdzie niema usposobienia, alkohol nie wywoła wydzielania.

Badania moje ustalają ze znaczną dokładnością dawkowanie alkoholu I tak dawki 0·4, 0·8, 1·2 gr należy uważać na podstawie doświadczeń na psie »Kudłatym« za dawki małe. Dawkę 1·6 należy uważać za średnią, zaś dawki blizkie 2·00 za duże, a dawkę 3·63 na 1 klg wagi już prawie za śmiertelną. Jeżeli przenieść to na człowieka, ważącego 72 klg, to dawkami małemi będą 28·8, 57·6, 115·2, dawką dużą 144.0 a dawką śmiertelną 165,6. Widzimy więc, jak blizkie dawek śmiertelnych są dawki duże i jak łatwo wobec tego w praktyce przekroczyć dawkę maksymalną.

Spostrzeżenia dotyczące cholery w r. 1915.

Podał

Dr Władysław Dziewoński.

(Dokończenie).

Na zasadzie teoryi tworzy Roger nową metodę leczenia, którą stosował podczas epidemii w Kalkucie u wielkiej liczby chorych; twierdzi on, że metodą tą można śmiertelność zredukować prawie do połowy. Radzi on podawać nadmanganian potasowy (kal. hyperm.) 0·1:1000 zamiast wody do picia, wzmacniając rozczyn do 0·5:1000, tak, by w ciągu 2 dni użyć do 3 gr. nadmanganianu, albo zamiast tego kolloidalny wodorotlenek nadtlenku manganu, który łatwo zrobić, dając na szklankę wody listek żelatyny białej, zalewając go następnie rozczynem nadmanganianu potasowego do barwy ciemno brunatnej i lekko zakwaszając kwasem solnym (płyn ten pije się łyżkami). Tak pierwszy płyn, jak drugi, mają zamieniać w jednej chwili kwas azotawy na nietrujący azotowy; należy je podawać dopiero w napadzie cholery ciężkiej. W początkowej biegunce (diarh. praem.) nie podaje się tych środków, lecz należy odżywiać pokarmami, wolnymi od połączeń azotowych. W początkowej biegunce radzi Emmerich wspólnie z Raschnigem podawać kwas amidosiarkowy 1:1000 wody, który ma mieć własność prawie natychmiastowego zamieniania kwasu azotawego w wolny azot. Środek ten podawał

pierwszy Gliński w Petersburgu, z 1% rozczynu wodnego co godzinę łyżkę. Nadto radzi Roger stosować wlewania śródżylne 3—4 litry naraz, kontrolowane badaniem ciężaru właściwego krwi; jeżeli ten ciężar wzrósł do 1062, można śmiało wlewać 3—4 litrów, jeżeli jest prawidłowy, to zapad nie zależy od cholery i wlanie takich ilości mogłoby wywołać obrzęk płuc. Wreszcie należy stosować kąpiele i dyetę wolną od połączeń azotowych. Opis metody kończy się słowami; »Sie ist das bedeutendste, was auf dem Gebiete der Choleratherapie überhaupt jemals geleistet worden ist«.

Metodą tą leczyliśmy: 2 chorych na biegunkę choleryczną, 4 na cholerynę i 7 na cholerę ciężką: z nich umarło 3 (przypadki niepowikłane). Jeden z nich przybył w drugim, 2 w trzecim, 3 w piątym dniu choroby. Z kwasem nie robiliśmy doświadczeń.

Leczenie surowicą swoistą. Surowicą przeciwcholeryczną wyrobu Bujwida leczono w epidemii letniej 25 chorych, z nich 8 chorych na cholerynę, 17 na cholerę ciężką. Z pierwszych umarł jeden, u którego przyczyna śmierci niejasna, z drugich 11, (ponieważ jeden umarł na posocznicę = 40%). Wszyscy ci chorzy prócz surowicy dostawali hypodermoklizy i środki wewnętrzne. Podczas epidemii jesiennej leczyliśmy surowicą 31 chorych, z nich umarło 11 = 35·5%. Dane te nie upoważniają do wysnucia jakiegokolwiek wniosku, raz dlatego, że ilość wstrzykiwanej surowicy była mała (po 20 cm³), powtóre, że rzadko (tylko w 3 przypadkach) danem nam było stosować ją w pierwszym dniu choroby. Tuszyński, przy wstrzykiwaniach wielkich ilości, 50—120 gr., podskórnie i śródżylnie podaje śmiertelność 29·9%. Przy wstrzykiwaniach śródżylnych radzi Kraus wstrzykiwać 60 gr. surowicy, rozcieńczonych w 1000 gr. fizyologicznego rozczynu soli. Są to ilości znacznie większe od tej, którą mogliśmy użyć.

Próba leczenia surowicą przeciwdurową. Opierając się na spostrzeżeniu, że mieszane zakażenie cholerą i durem u chorych naszych tak w jesiennej, jak i w letniej epidemii miało przebieg łagodny, szczęśliwy, postanowiliśmy podjąć próbę leczenia chorych na cholerę surowicą przeciwdurową.

Leczyliśmy 4 chorych. wybrawszy bardzo ciężko chorych, u których z góry było rokowanie w najlepszym razie bardzo wątpliwe. Wszyscy dostali po 40—50 gr. surowicy podskórnie jednorazowo, a oprócz tego stosowano inne środki i zabiegi, jak hypodermoklizy, wlewania śródżylne, środki sercowe, kąpiele itd. Pierwszy z tych chorych przebywał typowy stan durowaty (o czem wzmianka powyżej); drugi, ranny w płuco, o odżywieniu podupadłem, szczepiony 2 razy, umarł 8. dnia, surowicę otrzymał 3. dnia choroby; trzeci umarł 9. dnia wskutek krwotoku płucnego (sekcya wykazała zapalenie nerek); czwarty chory, dotknięty choleryną, wyzdrowiał.

Te wyniki nie zachęciły nas do czynienia dalszych prób; również ze szczepionką przeciwdurową prób nie robiliśmy.

Prowadzenie szpitala.

Szpital w Ł., pomieszczony w klasztorze, składa się z budynku głównego i baraków drewnianych. Z głównego budynku klasztornego zamieniono na sale szpitalne 11 sal, z nich 4 na I piętrze, 7 na parterze, prawie wszystkie wysokie i wielkie: w niektórych pomieściliśmy powyżej 30 łóżek. Łóżek w budynku głównym i barakach jest razem około 800. 4 baraki, otoczone wysokim parkanem z osobną bramą wjazdową, przeznaczono wyłącznie dla chorych na dur osutkowy; tamże znajduje się barak dla niszczenia owadów, osobna kuchnia, kanalizacya, wodociągi.

W budynku głównym sale mają wychodki tuż obok. W każdej sali kran od wodociągu.

Sale są oddzielne, z sobą nie komunikujące, z wyjątkiem 2 na parterze, połączonych z sobą drzwiami. Do jednej z nich wejście wprost z łazienki, obok położonej. Te dwie sale, jedną o 28, drugą o 20 łóżkach, przeznaczono na sale choleryczne, jako główną tę, z której niema wejścia do wychodka, by uniknąć możności dostania się stolca wprost do kanału. Okna, zasłonięte muslinem, w lecie stale otwarte, dają widok na park z okolicznemi drzewami i murawą i dalszy widok aż hen na Tatry.

Łóżko żelazne, siennik słomiany, lub materace, nakryte ceratą, 2 prześcieradłami i dwoma kocami. Pod łóżkiem płaski blaszany emaliowany nocnik ze szczelną przykrywą, zawsze zakryty, przeznaczony na stolec, flaszka na mocz, nocnik porcelanowy bez nakrywy, przeznaczony na wymiociny, nadto przy łóżku ciężko chorego większy kubeł. W szafie 30 blaszanek, do których nalewano gorącą wodę na gorące okłady. Dwa stoły, na jednym lekarstwa, na drugim wielkie naczynia z gorącą kawą, herbatą, winem, limonadą, palniki naftowe »Primus« i sterylizator do hypodermokliz.

Chory, po przyjściu ostrzyżony, wykąpany, namazany naftą i odziany w świeżą bieliznę, przenoszony był lub przeprowadzany do łóżka. Badano chorego zawsze zaraz po przybyciu, jeszcze przed kąpielą i przeznaczano do odpowiedniej sali. Gdy tylko chory dostał się do łóżka, badano go dokładnie i ordynowano leczenie.

Każdy stolec i wymiociny zapisywano na karcie gorączkowej. Pierwszy oddany stolec brano do bakteryologicznego badania, wykonywanego częścią w pracowni Prof. Bujwida, częścią na miejscu przez Dr Bujaka, Dr. Celarkową i przezemnie; czasem przychodzili chorzy bakteryologicznie zbadani z innych szpitali, gdzie badania przeprowadzał Prof. Nitsch.

Zarazki cholery w razie istnienia cholery wykrywano w pierwszym stolcu, wyjątkowo u 2 chorych na setki badań dopiero przy 2. i 3. badaniu.

U ozdrowieńców, jeżeli się mieli zupełnie dobrze, rozpoczynano badać stolce bakteryologicznie po 14 dniach, licząc od dnia zachorowania, — w razie zaś powikłań później, wogóle więc wtedy, gdy już stolce były zbite. Badania te powtarzano 3 razy u każdego chorego na cholerę, dur brzuszny i czerwonkę, w odstępach mniej więcej 5-dniowych. Wiadomo, że od chwili zachorowania na cholerę utrzymują się prątki w stolcu średnio do 14 dni, tylko wyjątkowo dłużej. W naszym szpitalu wykryto 16. dnia prątki u jednego chorego, 18. dnia u 3 chorych, 20. dnia u 2 chorych, 23. dnia u jednego chorego. Wreszcie u chorego, który zachorował 19/6, wykryto prątki cholery jeszcze 22/7, a więc po upływie 34 dni. Dnia 26/7 wstrzyknęliśmy temu roznosicielowi 2 cm³ szczepionki przeciwcholerycznej, a 28/7 dokonane badanie stolca prątków już nie wykazało.

Licząc 14 dni na chorobę i utrzymywanie się prątków w stolcu, zaś 15 dni na 3-krotne badanie stolca co 5 dni, wynosiłby czas pobytu chorego w szpitalu miesiąc: wielu jednak chorych przebywało dłużej, zwłaszcza ranni i chorzy na zakażenia mieszane.

Stolce oddawali chorzy do naczyń z nakrywką i w nich oglądano je podczas wizyt, co jest bardzo ważne, gdyż przy uwzględnieniu reszty badania daje nam wskazówki co do stanu i przebiegu choroby. Po oglądnięciu zalewał je sanitaryusz bacillolem, lysolem lub t. p. i po 2 godzinach lub dłużej wylewał do wychodka. Taksamo i wymiociny zalewano środkami odkażającymi. Jeżeli ciężko chory oddał stolec lub wymioty na podłogę lub w łóżko, wtedy ostrożnie zawijano zanieczyszczoną bieliznę w prześcieradło, zamoczone w środku odkażającym i wprost zanoszono do dezynfektora; wymiociny na podłodze, jako mniej niebezpieczne, zasypywano chlorkiem wapnia, stolce zaś odkażano zgęszczonym rozczynem sublimatu lub bacillolu.

Te środki ostrożności okazały się dostateczne, szczegółowe bowiem badania wody w studniach, gnojówki w zbiornikach, oraz w miejscu jej odpływu na łąkę w odległości około 60 m. od budynku głównego w linii powietrznej nie wykryło ani zarazków cholery, ani durowych, ani czerwonkowych.

W razie śmierci zawijano zmarłego w prześcieradło, zmoczone w rozczynie formaliny, wszystko zaś, co miało bezpośrednią styczność z chorym, a więc siennik, materace, koce, prześcieradła, naczynia do picia lub jedzenia, poddawano odpowiedniemu odkażeniu. Z początku palono słomę, zwłaszcza wilgotną, później jednak odstąpiono od tego.

Ozdrowieńców przeprowadzano wykąpawszy i odziawszy w świeżą bieliznę z sali cholerycznej na sale rekonwalescentów na I piątro, po upływie 14 dni po pierwszym ujemnym bakteryologicznym wyniku badaniu stolca. Tylko w razie wielkiej liczby chorych i braku miejsca na salach cholerycznych nie czekano na bakteryologiczne badanie stolca, ale przeprowadzano ozdrowieńców wcześniej. W salach rekonwalescentów mieli ozdrowieńcy już większą swobodę; po pierwszym ujemnym wyniku badania stolca otrzymywali odkażony mundur i mogli się w parku przechadzać. Przed opuszczeniem szpitala ozdrowieńców strzyżono, nacierano naftą, kąpano, odziewano w świeżą bielizną i świeżo odkażony mundur. Skórę zmywano 2°/₀ rozczynem lysolu.

My lekarze mieliśmy osobne ubrania, które wdziewaliśmy przed pójściem na sale choleryczne, na trzewikach kalosze zmywane lysolem, płaszcz, na rękach gumowe rękawiczki, których jednak w lecie nie można było używać. Ręce myliśmy różnymi środkami odkażającymi, w końcu jednak tylko 70°/₀ alkoholem, który okazał się najlepszym, bo pewnym i nie drażniącym skóry; by zaś używalność jego do właściwych granic zredukować, dodawaliśmy formaliny 40°/₀ 5:1000 alkoholu. Sposób ten okazał się bardzo praktycznym.

W zabudowaniach klasztornych, w których mieści się szpital, mieszkało stale około 160 Sióstr i wychowanek, nadto około 70 żołnierzy sanitarnych, a więc wyżej 200 osób. Wszyscy byli szczepieni przeciw cholerze i durowi. Mimo takiej ilości osób w ciągu 16 miesięcy zaszedł tylko jeden przypadek zakażenia cholerą u żołnierza, pielęgnującego chorych cholerycznych, zakończony szczęśliwie. Przyczyną była własna nieostrożność tego żołnierza. Sprawdza się więc dawno znany fakt, że najbezpieczniejszym od cholery jest się właśnie w szpitalu cholerycznym.

Pełna poświęcenia praca około chorych ks. Dr M. Czermińskiego T. J., który dobrowolnie i bezinteresownie pełnił obowiązki kapelana, gotów każdej chwili i w dzień i w nocy chorym nieść pociechę, a nadto uprzyjemniając im chwile dostarczaniem książek i gazet do czytania i rozmową, pełna poświęcenia praca Sióstr pielęgniarek, zasługują na uznanie i wdzięczność.

W końcu jeszcze kilka uwag.

O ile rozpoznanie napadu cholery ciężkiej nie przedstawia trudności, o tyle rozpoznanie biegunki cholerycznej a nawet lekkiej choleryny, zwłaszcza w początkach epidemii, często może być połączone z wielkiemi trudnościami. Nie mówię tu o rozpoznaniu w ścisłem tego słowa znaczeniu, gdyż możliwe jest ono tylko na mocy bakteryologicznego badania stolców, lecz o zoryentowaniu się w przypadku chorobowym.

By wśród większej liczby chorych, naraz dostawionych do szpitala, na razie pobieżnie zoryentować się, n. p. których do której sali przeznaczyć, zakładaliśmy termometry; jeżeli ciepłota była niżej lub około 36°, to uważaliśmy chorego za podejrzanego i przeznaczaliśmy na sale choleryczne, jeżeli wyższa, lub gorączkowa, to przeznaczaliśmy na inne sale i rzadko zdarzała się pomyłka.

Dość często chorzy choleryczni jako pierwszy objaw podają bóle głowy i brzucha, a dopiero zapytani, mówią o biegunce i wymiotach; jeżeli u takiego chorego jest z jakiegoś powodu stan podgorączkowy, n. p. z powodu rany, to można w pierwszej chwili zejść na manowce, przypuszczając np. dur. U kilku chorych, nie rannych, przy pierwszem badaniu, zaraz po przyjściu do szpitala podjętem, stwierdziliśmy stany podgorączkowe, które przy leżeniu w łóżku szybko mijały.

Gdy stolec chorego można zobaczyć, to nietrudne rozpoznanie, jeśli stolec jest ryżowy. Jeśli jednak nie jest ryżowy, to zawsze trzeba mieć w pamięci, że stolec choleryczny bez względu na barwę jest zawsze wodnisty. W najsilniejszych biegunkach niecholerycznych nigdy tej wodnistości stolca nie ma; zawsze znajdzie się w niecholerycznym stolcu śluz, grudki kału, krew skrzepła, gdy choleryczny stolec jest jednostajnie płynny, i to bardzo rychło od rozpoczęcia się choroby. Stolce choleryczne albo są bezwonne, albo słabo cuchną, silnie cuchną tylko w niektórych stanach durowatych. Raz tylko w przypadku paratyfusu B, przebiegającego pod postacią cholery, widziałem stolce zupełnie płynne, od ryżowych tem się tylko różniące, że były jakby popłuczyną mięsną zabarwione, brudne, nieprzejrzyste, ale stolce te nadzwyczajnie silnie cuchnęły; chory z początku wysoko (40° C) gorączkował, później dopiero opadła ciepłota na 35° i już do śmierci nie podniosła się.

Rokowanie w cholerze jest nadzwyczajnie trudne, tak że zawsze trzeba być ostrożnym.

Złym objawem jest czkawka, zbyt wielki spadek ciepłoty, sinica, utrzymująca się mimo wlewań śródżylnych i podskórnych, (bo czasem po jednem już wlewaniu znika i nie powraca), oraz tętno drobne wyżej 100 przy nizkiej ciepłocie, nie poprawiające się mimo leczenia.

Sprawy zawodowe.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

Protokół z III posiedzenia pełnej Izby lekarskiej w dniu 11 maja 1916.

Obecni: prezydent Dr Papée, członkowie Dr Kohlberger, Dr Mikołajski, Dr Piaskiewicz, Dr Żukowski, Dr Drzymalik, a Dr Meisels i Dr Kielanowski jako zastępcy, Dr Lachowicz, krajowy referent sanitarny, jako komisarz rządowy.

I. Prezydent, stwierdziwszy ustawą wymagany komplet, wita zebranych po raz pierwszy po 2-letniej przerwie członków Izby, a wspomniawszy w kilku słowach o nieprzerwanej pracy Wydziału w czasie 10-miesięcznej inwazyi i o ciężkich warunkach, wśród jakich się ta praca odbywała, wyraża radość, że Izba może znowu swobodnie i otwarcie pracować dla dobra ogółu lekarzy.

W dalszym ciągu wyjaśnia Prezydent, że zwołanie Izby po odzyskaniu Lwowa było możliwe dopiero w grudniu z. r., posiedzenie to jednak dla braku kompletu nie doszło do skutku. Dziękuje obecnym członkom i p. komisarzowi rządowemu, radcy Dr Lachowiczowi, że mimo trudności przybyli zdaleka na posiedzenie. Następnie stwierdza, że mandaty członków Izby wygasły w lutym 1915. Wydział Izby wyraził zapatrywanie, że przeprowadzenie wyborów jest niemożliwe w czasie, kiedy wielu lekarzy jest nieobecnych, stosunki komunikacyjne utrudnione, i że w myśl ustawy powinna obecna Izba urzędować do czasu, aż będzie możliwe przeprowadzić wybory. Zapatrywanie swe przedstawił Wydział c. k. Namiestnictwu, które je w zupełności podzieliło.

Następnie oddaje Prezydent cześć zmarłemu członkowi Izby Dr Strumieńskiemu, a w końcu daje wyraz ubolewaniu z powodu wywiezienia członka Izby Dra Ziona w dniu 19 czerwca 1915 r.

II. Z kolei przedstawił Prezydent następujące sprawozdanie z czynności Wydziału Izby za czas od ostatniego posiedzenia, t. j. za okres dwuletni.

1) Wygotowano i przedłożono Ministerstwu dla Galicyi, Kołu polskiemu i Namiestnictwu memoryał o podwyższenie dyet dla lekarzy epidemicznych.

2) Przy sposobności przedstawienia się Marszałkowi Niezabitowskiemu prosił Prezydent o poparcie postulatów lekarzy okręgowych. Nadto wniesiono memoryał do Wydziału krajowego, popierający petycyę tychże lekarzy.

3. Wskutek zażalenia Dra Wachnianina i Rosego na sędziego w Rawie r. o bezpodstawne ukaranie ich grzywną za

niejawienie się na komisyi, udało się Prezydyum Izby do Prezydenta sądu. W tej sprawie uzyskano zupełną satysfakcyę dla lekarzy, a Prezydyum sądu poleciło znieść nałożoną na lekarzy grzywnę. Obydwaj lekarze pisemnie podziękowali Izbie za energiczne zajęcie się tą sprawą.

4) Wniesiono memoryał do Ministerstwa spraw wewn. i odniesiono się do Wydziału wykonawczego o liczenie dyet podwójnie za komisye sądowe, trwające ponad 8 godzin i o liczenie podwójnie dyet nocnych. Uchwalono wysłać do Wydziału wykonawczego i do Ministerstwa pismo, ponaglające załatwienie reformy taryfy za czynności sądowo-lekarskie i osobne pismo w sprawie wynagrodzenia za stratę czasu przy tych komisyach.

5) Wniesiono do Ministerstwa spraw wewn. memoryał w sprawie podwyższenia dyet lekarzy sądowych w sprawach karnych.

6) Uchwalono wysłać do Ministerstwa spraw wewn. memoryał w sprawie poprawy stosunków lekarzy więziennych, a równocześnie ogłosić go w pismach lekarskich, rozesłać do Izb austryackich i Wydziału wykonawczego i wysłać deputacyę do Wiednia.

7) Wniesiono memoryał do Rządu o utworzenie katedry dla medycyny społecznej.

8) Wydział Izby zajął się sprawą ułożenia deontologii dla lekarzy zdrojowych. Nad wypracowanym w Wydziale projektem obradowaliśmy wspólnie z delegatami Związku zdrojowisk we Lwowie, przesłaliśmy go Izbie krakowskiej i Towarzystwu balneologicznemu, poczem na wspólnem posiedzeniu obu Izb w Krakowie dnia 5 maja 1915 r. przyjęto kodeks deontologii lekarzy zdrojowych, a rozesłanie go powierzono Izbie krakowskiej.

8) Do Wydziału wykonawczego wniesiono obszerne zestawienie czynności Izby za okres dwudziestoletni, a to w celu przedstawienia działalności Izb na odbyć się mającym XX Wiecu.

10) Zakończono czynności wiecowe; protokół stenograficzny XIX wiecu rozesłano wszystkim Izbom.

11) W sprawie nowego regulaminu i nowego podziału na okręgi wyborcze mieliśmy gotowy projekt do przedłożenia Ministerstwu spraw wewn., który jednakże wskutek wybuchu wojny nie został wniesiony.

12) Ministerstwo spraw wewn. nadesłało następujące pismo: »Z powodu wypadku, w którym osiadły w pewnem mieście lekarz dentysta zamierzał równocześnie w kilku powiatach politycznych wykonywać praktykę lekarsko-dentystyczną, zapadło ze strony Ministerstwa następujące zarządzenie: Rekurs lekarza nie uwzględnia się z powodów następujących: rekurujący wykonywa praktykę lekarską, jeżdżąc z jednej miejscowości do drugiej, ofiarując swe zabiegi lekarskie bez poprzedniego zawezwania przez stronę, względnie posługując się w tym celu agentami, celem uzyskania zamówień. Ten sposób wykonywania praktyki sprzeciwia się postanowieniom dekretu nadwornego z dnia 3/XI 1808 r. L. 16135 i 24/IV 1826 r. L, 11840, według których wykonywanie praktyki lekarskiej jest ściśle związane z miejscem osiedlenia się, na podstawie poprzedniego zgłoszenia u właściwej władzy politycznej i po poprzedniem wezwaniu przez stronę. O tem zawiadamia się c. k. Namiestnictwo dla własnej wiadomości i w celu zawiadomienia władz politycznych I. instancyi«.

13) Do projektu Izby morawskiej, odnoszącego się do utworzenia Związku Izb, zmiany regulaminu wieców i regulaminu dla Wydziału wykonawczego, po przeprowadzeniu obszernej dyskusyi uchwalono nie przyłączyć się.

14) Wydział interweniował kilkakrotnie w przypadkach partactwa lekarskiego, wydawał opinię na żądanie władz cywilnych i wojskowych co do rachunków i honoraryów lekarskich, nadto opiniował liczne podania o koncesye na nowe apteki.

15) Wydział pośredniczył w kilku sprawach spornych między lekarzami a zarządami kas chorych. Przy tej sposobności wydano zarządzenie, by lekarze bez pisemnej umowy, której tekst ma być Izbie przedłożony, nie przyjmowali posad w kasach chorych. Z powodu licznych zatargów uchwalono ułożyć i umieścić w »Głosie lekarskim« wzór umowy i wezwać lekarzy, aby przed objęciem posady nadsyłali Izbie szkic umowy do zatwierdzenia. Wzór umowy wraz z odpowiednią odezwą ogłoszono w pismach.

16) W sprawie zaproponowanego przez Zarząd c. k. fabryk tytoniu wolnego wyboru dla członków rodzin robotników, przy tych fabrykach zajętych, uchwalono oświadczyć się zasadniczo za przyjęciem wolnego wyboru przy leczeniu rodzin, pod warunkiem, że wynagrodzenie nie będzie zasadniczo niższe od ryczałtowego. Upoważniono następnie Wydział wykonawczy i państwowy Związek organizacyi do zawarcia umowy z Zarządem tytoniowym, zaś Towarzystwo dla wolnego wyboru lekarzy w Wiedniu do wprowadzenia całej sprawy w życie w porozumieniu z Izbami i organizacyami poszczególnych krajów.

17) Z powodu zaniedbywania przez lekarzy po uzyskaniu dyplomu obowiązku zgłaszania się w Izbie, uchwalono zamieścić w pismach lekarskich przypomnienie tego obowiązku w formie odezwy, zredagowanej przez Prezydyum. Również uchwalono ogłosić w pismach lekarskich przypomnienie, że lekarze powiatowi i wojskowi, przechodząc w stan spoczynku, obowiązani są zgłosić się do Izby lekarskiej.

18) Z początkiem wojny zajął się Wydział w porozumieniu z referentem sanitarnym Namiestnictwa rozmieszczeniem lekarzy w miejscowościach, pozbawionych służby lekarskiej wskutek powołania do wojska. Celem zabezpieczenia służby w mieście Lwowie i dla Czerwonego Krzyża, rozpisano kwestyonaryusz do lekarzy, pod jakimi warunkami skłonni są obejmować posady. W końcu współdziałaliśmy z Namiestnictwem co do organizacyi opieki dla chorych i rannych, interweniowaliśmy u władz wojskowo-sanitarnych, ażeby lekarzy nie powoływano do szeregów wojskowych, jako zwykłych szeregowców.

19) W czasie inwazyi rosyjskiej Wydział Izby, który pozostał w komplecie we Lwowie, odbywał w miarę potrzeby posiedzenia, załatwiając najpilniejsze czynności i sprawy bieżące, których zakres z konieczności znacznie się uszczuplił. Niekorzystne warunki, wśród jakich Izba się znalazła, nakazywały przezorność w działaniu i powściągliwość w występowaniu na zewnątrz: w ciężkiej i bardzo trudnej sytuacyi staraliśmy się żywotność instytucyi podtrzymać w szczupłem gronie Wydziału i wśród znacznie uszczuplonego koła lekarzy lwowskich. Styczność z kolegami z prowincyi ustała prawie zupełnie. Widomym znakiem działalności były liczne zapomogi, rozdawane wdowom i sierotom po lekarzach, jak niemniej rodzinom lekarzy, powołanych do wojska. Z początkiem inwazyi uchwalił Wydział zapomogi te rozdzielać w miesięcznych ratach, w ten sposób otrzymywało przeszło 70 osób stałe miesięczne płace od października 1914 aż do sierpnia 1915 Wydział udzielił w tym czasie 6.131 koron zapomóg wdowom, sierotom i żonom lekarzy, mimo trudnych warunków finansowych wskutek odcięcia od Wiednia i pocztowej Kasy oszczędności i ustania wszelkich wpływów bieżących.

W czasie inwazyi wystąpiliśmy w kilku wypadkach partactwa lekarskiego, załatwiając je częścią w Wydziale, częścią odstępując Magistratowi celem zapobieżenia nadużyciom.

20) Po odzyskaniu Lwowa zajął się Wydział Izby sprawą szerzenia się epidemii w mieście i kraju. W tym celu odbył Wydział wspólne posiedzenie z fizykiem powiatu lwowskiego i delegatem Starostwa. Na tem posiedzeniu uchwalono wniesienie memoryału w sprawach sanitarnych do Namiestnictwa, Wydziału krajowego, Komendy miasta i Komisyi zdrowotnej przy komendzie etapowej II. armii.

21) Na prośbę Starostwa Wydział wdrożył akcyę pośredniczącą celem uzyskania sił lekarskich do tłumienia epidemii, przesyłając zgłoszenia lekarzy do wiadomości Starostwa.

22) Uchwalono ogłosić wezwanie do lekarzy, by wracali na swe poprzednie stanowiska, a to z powodu braku lekarzy w kraju.

23) Ponieważ zerwanie umowy z Tow. ubezpieczeń od wypadków nie objęło protokołów sekcyjnych, a Towarzystwa od zakładów, względnie od prosektorów otrzymywały odpisy sekcyi, Izba salcburska w celu wypełnienia tej luki uchwaliła odnieść się do wszystkich Zakładów anatomo-patologicznych i prosektorów, by na prywatne żądania Towarzystw tych protokołów nie udzielano. Izba salcburska zwróciła się do wszystkich Izb z prośbą o poparcie tej akcyi. Wydział Izby uchwalił zwrócić się do anatomów patologicznych i prosektorów z przedstawieniem tej sprawy i wezwaniem do przestrzegania, o ile żądanie odpisów nie wychodzi od władz, sądów i t. d.

24) Z powodu zażalenia kilku lekarzy, że w miejscu ich dawnego pobytu służbę epidemiczną lub szpitalną spełniali medycy z pominięciem lekarzy, wnieśliśmy przedstawienie do c. k. Namiestnictwa w sprawie używania słuchaczy medycyny zamiast dyplomowanych lekarzy.

25) W sprawie wywiezienia przez władze rosyjskie jednego członka Wydziału Izby jako zakładnika i kilku lekarzy z innych miejscowości do Rosyi, odniosło się Prezydyum Izby do Ministerstwa spraw zagranicznych i Ministerstwa dla Galicyi z prośbą o poczynienie starań celem uwolnienia ich w drodze wymiany. Równocześnie rozpoczęto starania o uwolnienie lekarzy, pozostających w niewoli jako jeńcy wojenni; prośbę w tym kierunku złożyło prezydyum na ręce JE. P. Namiestnika.

26) Wydział Izby, w wykonaniu nadesłanego przez prof. Marsa wniosku, rozpoczął akcyę, odnoszącą się do ewentualnego odszkodowania strat, poniesionych przez lekarzy, instytucye i czasopisma lekarskie. W celu zebrania materyału uchwalono rozesłać wszystkim lekarzom kwestyonaryusz; zebrane w ten sposób daty mają posłużyć za podstawę dalszej akcyi w tym kierunku.

27) Rada honorowa rozpatrywała w okresie od marca do sierpnia 1914 kilka spraw, z których kilka jest w zawieszeniu z powodu wybuchu wojny i nieobecności stron.

28) Na ponowne zapytanie Związku Tow. asekuracyjnych w sprawie wynagradzania za świadectwa (wypadki), Wydział odpowiedział, że trwa nadal na stanowisku, zajętem przez XVIII Wiec Izb i przy uchwale swej poprzedniej, zgodnej z uchwałą Wiecu. Analogicznie z naszą Izbą postąpiła Izba salcburska i Izba styryjska, z któremi w tej sprawie przeprowadziliśmy korespondencyę.

29) Z powodu powoływania przez niektóre starostwa medyków do czynności lekarskich, odniósł się Wydział do Namiestnictwa z przedstawieniem, by uwzględniano w pierwszym rzędzie dyplomowanych lekarzy. W odpowiedzi Namiestnictwo oświadczyło, że medyków powołuje się tylko w braku lekarzy do danej miejscowości, zaznaczając przytem, że Izba powinna wpływać na lekarzy, by powracali na swe poprzednie stanowiska, o ile nie są związani obowiązkiem służby wojskowej.

30) Grono lekarzy lwowskich zwróciło się do Izby z zażaleniem, że Fizykat miejski wydał w sprawie szczepienia ospy zarządzenie, iż ważne są tylko świadectwa szczepienia, wydane na sporządzonych przez magistrat drukach, a do wydawania takich urzędowych świadectw upoważnił tylko lekarzy miejskich i pewną liczbę lekarzy prywatnych, którzy zgłosili gotowość bezpłatnego szczepienia. Wydział Izby przedsięwziął w tej sprawie natychmiast energiczne kroki u odnośnych władz cywilnych i wojskowych, zarządzenia tego jednak nie udało się cofnąć, gdyż odnośne czynniki zasłoniły się poleceniem władzy wojskowej. Sprawę tę przedstawił Wydział w obszernym memoryale c. k. Namiestnictwu w tej myśli, by na przyszłość przez odpowiednie zarządzenia zapobiedz ograniczaniu praw lekarzy prywatnych.

31) Z analogiczną sprawą zwrócił się do Izby dr Kosterkiewicz z Doliny, któremu c. k. Starostwo zabroniło wydawać urzędowych poświadczeń. Sprawę tę przedstawiliśmy ustnie p. referentowi sanitarnemu krajowemu, a nadto Izba przedłożyła ją c. k. Namiestnictwu. Sprawa ta jest w toku dochodzeń przez c. k. Namiestnictwo.

32) W sprawie niewypłacenia pensyi lekarzowi kasy chorych za czas inwazyi, zwrócił się Wydział do Zarządu tej kasy; interweniował w sprawie oddalenia bez wypowiedzenia lekarza skarbowego w dobrach hr. Potockiego; obie sprawy są jeszcze w toku.

33) Z powodu niewypłacenia pensyi wdowie po lekarzu, zmarłym na tyfus plamisty w Górnej Austryi, odniósł się Wydział dwukrotnie do Namiestnictwa w Lincu, do Izby lekarskiej w Lincu i Namiestnictwa galicyjskiego, prosząc o jak najrychlejsze załatwienie tej sprawy. Otrzymaliśmy zapewnienie urgowania sprawy, znajdującej się w Ministerstwie. Podanie innej wdowy po lekarzu, zmarłym na tyfus, przedłożyliśmy Namiestnictwu.

34) Wskutek poparcia Izby w Namiestnictwie asygnowano jednemu z lekarzy wypłatę rachunku za tłumienie epidemii w kwocie 1.168 kor.

35) Wydział Izby zaopiniował kilka rachunków już to na żądanie władz cywilnych, lub wojskowych, już to stron prywatnych, nadto wydał kilkanaście opinii na życzenie władz podatkowych co do obniżenia się dochodu z praktyki prywatnej.

36) Wydział reklamował dwu kolegów, członków Wydziału, od służby wojskowej wogóle; w jednym przypadku prosił o pozostawienie lekarza w służbie wojskowej we Lwowie.

37) Z Instytutu wdów i sierót po lekarzach otrzymaliśmy należny ryczałt za rok 1914 i 1915, w kwocie 2.452 K. i 2428 K., z c. k. Namiestnictwa zaś zasiłek rządowy w rocznej kwocie 8.450 kor.

38) W okresie sprawozdawczym udzielono zapomóg pieniężnych 210 wdowom w łącznej sumie 17.640 koron.

39) Od roku 1914 po dzień dzisiejszy wpisanych do Izby lekarzy zostało 171. Spis lekarzy ogółem wykazuje cyfrę 843, z tego wykreślono z rozmaitych powodów 31, pozostaje więc 812 lekarzy. Z tej liczby pozostaje w okręgu Izby 343 lekarzy, opuściło miejsce pobytu przez wyjazd 138, w służbie wojskowej 141, w powiatach zajętych przez nieprzyjaciela 146, w Rosyi jako jeńcy lub zakładnicy 44.

40) Uwolniono od opłat w całości lub częściowo 50 lekarzy na ogólną sumę 1.320 koron.

III. Po wysłuchaniu sprawozdania Prezydenta zabiera głos Dr Mikołajski i przedstawiwszy, że podczas inwazyi rosyjskiej fungowanie Wydziału głównie przypisać należy Prezydentowi Dr Papeému, wnosi, ażeby zgromadzenie wyraziło mu podziękowanie. Wniosek przyjęto jednomyślnie.

IV. Dr Mikołajski podnosi sprawę szczepienia i zmonopolizowanie tej czynności przez lwowski Fizykat. Sprawę tę uważa Dr Mikołajski o tyle za aktualną, iż obecnie będzie zaprowadzone prawdopodobnie przymusowe szczepienie przeciw cholerze.

Po wyjaśnieniach Dr Meiselsa, że zarządzenie, ażeby świadectwa szczepienia ospy prywatnych lekarzy były potwierdzane przez Fizykat, nie pochodziło od wojskowości, lecz od Fizykatu lwowskiego, przeprowadzono w tej sprawie szerszą dyskusyę. Protomedyk Dr Lachowicz odpowiada, że wedle jego zdania każdy lekarz ma prawo szczepienia i wydawania ważnych świadectw, usprawiedliwia także zarządzenie władz, ażeby blankiety świadectw były jednolitej formy i tekstu, zauważa jednak, że ogólne żądanie potwierdzenia takich świadectw w każdym wypadku przez fizykaty jest niewłaściwe. Taksamo uważa Dr Lachowicz za wskazane, ażeby szczepienie przeciw cholerze nie było poruczone medykom, ani medyczkom, lecz tylko lekarzom. Dr Kielanowski wyjaśnia, że w projekcie szczepienia przeciw cholerze nie podnoszono ze strony Fizykatu lwowskiego możliwości używania medyków do szczepienia, lecz tylko do czynności pomocniczych. Dr Mikołajski wnosi, ażeby Dr Meisels jako wojskowy referent lwowskiej Komisyi zdrowotnej (Salubritätskommission) wyjaśnił wojskowości zapatrywania Izby lekarskiej w tej sprawie, dalej, ażeby Izba uprosiła obecnego p. Protomedyka o usunięcie na przyszłość nieprawidłowości, a w końcu, ażeby Prezydent w razie dalszych jakichkolwiek ograniczeń w sprawie szczepień wystąpił, gdzie należy, w interesie lekarzy. Wniosek ten przyjęto jednomyślnie.

V. Prezydent referuje znajdujący się na porządku dziennym Statut kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach.

Myśl i potrzebę założenia takiej kasy uznano jednomyślnie i przystąpiono do odczytania poszczególnych paragrafów. §. 1. przyjęto; §. 2 przyjęto ze zmianą, proponowaną przez Dr Mikołajskiego, w następującem brzmieniu: »Członkiem kasy może zostać każdy lekarz, przynależny do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej«. §. 3 i 4 przyjęto, §. 5 przyjęto z dodatkiem po przedostatnim ustępie: »Członek, przenoszący się do innej Izby, może być nadal członkiem kasy pod warunkiem składania oprócz zwykłej opłaty więcej o 50 koron rocznie«. (Wniosek Dra Mikołajskiego) §. 6, 7, 8, 9, 10 i 11 przyjęto w brzmieniu, proponowanem przez Wydział. Przy §. 2 przyjęto wniosek Dra Piaskiewicza, ażeby Wydział Izby w porozumieniu z Towarzystwem lekarzy galicyjskich poczynił kroki, ażeby i lekarze rządowi i inni mogli do tej kasy należeć. §. 12 przyjęto z dodatkiem, proponowanym przez Dra Mikołajskiego w przedostatnim ustępie po słowie »wyczekiwania«: »o ile nie zapłacił z góry za czas wyczekiwania«. §. 13 i 14 przyjęto. W §. 15 uchwalono dodać przy końcu słowa: »ale w takim razie żona nie ma prawa do pobierania pensyi«. §. 16, 17, 18, 19, 20, do 32 przyjęto w brzmieniu, proponowanem przez Wydział Izby.

VI. W imieniu Komisyi rewizyjnej wnosi Dr Żukowski o udzielenie skarbnikowi Wydziału Izby z rachunków absolutoryum. Wniosek przyjęto jednomyślnie.

Higiena społeczna. Epidemiologia.

Epidemia duru powrotnego w Krakowie w r. 1878

napisał **Dr Tomasz Mączka.**[1])

Przed 36 laty panował nagminnie w Krakowie i w okolicy dur powrotny (typhus vel febris recurrens), zwany wówczas także głodowym.

[1]) Artykuł nadesłany Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« jeszcze w r. 1914, nie mógł być ogłoszony z powodu wybuchu wojny i zawieszenia wydawnictwa. Niedawno sprawa stanęła znów na porządku dziennym wobec pojawiania się gdzieniegdzie duru powrotnego na terenie wojny.

Okoliczności, w jakich wówczas powstała epidemia tej choroby, znaczne jej rozmiary i przebieg zasługują, jak sądzę, teraz właśnie, w roku głodu, na przypomnienie. Epidemia przyszła znienacka, rosła gwałtownie; szczęśliwym przypadkiem wykończono właśnie w szpitalu św. Łazarza pawilon, przeznaczony dla umysłowo chorych, i można było budynek ten, jeszcze nie oddany do użytku, niezajęty, oddać dla chorych na dur powrotny. Był to istotnie opatrznościowy wówczas zbieg okoliczności, ale nas przezorności niestety nie nauczył i zakładu dla chorób zakaźnych dotąd (1914) nie mamy..

Dur powrotny znają lekarze mniej leciwi w Galicyi *) z wykładów klinicznych tylko i z książki, a większość nie widziała go wcale, bo przez lat ostatnich blizko 40 nie było go u nas zupełnie.

W roku 1877 w Krakowie, w szpitalu św. Łazarza na oddziale I. A, który prowadził wzorowo i z wielkim pożytkiem dla zakładu prymaryusz, wówczas jeszcze docent U. J., ś. p. Dr Stanisław Pareński, leczono w lecie na dur osutkowy (typhus exanthematicus) do 300 przypadków, a w jesieni do 800 osób na zimnicę (intermittens). Od początku tego roku byłem praktykantem szpitalnym na tym właśnie oddziale. Starszych lekarzy szpitalnych przerażało to zagęszczenie się tamtych chorób i obawiali się jakiejś nowej niespodzianki. W ostatnich dniach grudnia pojawił się istotnie pierwszy przypadek duru powrotnego, stwierdzony obserwacyą i badaniem krwi.

W roku następnym 1878, gdy coraz więcej przybywało chorych na dur powrotny na oddział I. A, zarządziła Dyrekcya szpitala zupełne odosobnienie tych chorych, przeznaczywszy dla nich 40 łóżek w pawilonie gotowym, a nie zajętym dla umysłowo chorych i nerwowych. Gdy napływ chorych z każdym dniem się zwiększał, oddała Dyrekcya z pomocą Magistratu krakowskiego na ten wyłącznie cel cały pawilon, gdzie chorzy zajęli wszystkie możliwe ubikacye i korytarze, leżąc na łóżkach i siennikach — pokotem. Od 10 lutego 1878 uznano dur powrotny w Krakowie i okolicy za chorobę nagminną. Z końcem lutego i w marcu bywało w pawilonie chorych na dur powrotny po 200 osób i więcej dziennie, a rzecz dziwna i w epidemiach, mojem zdaniem, bardzo pożądana, w mieście samem nic prawie o tem nie wiedziano. Tłum, czytający ogłoszone po rogach ulic wezwania do gorliwszego wykonywania przepisów sanitarnych, rozpytywał się wzajemnie, gdzie, kto i odkąd choruje? — a do pawilonu na Wesołej prowadzono, znoszono i zwożono coraz więcej chorych. Najwyższa cyfra dotkniętych durem powrotnym przypadała na koniec lutego i początek marca. Z wiosną przybywało chorych coraz mniej, a pod koniec lipca 1878 uznano epidemię za wygasłą. Mężczyzn na wyzdrowieniu przeniesiono do szpitala Bonifratrów, kobiety pomieszczono w starym gmachu szpitalnym św. Łazarza. W czasie całej epidemii duru powrotnego, rzecz charakterystyczna, nie pojawiał się w szpitalu dur wysypkowy, ani zimnica, tak bardzo przed nim zagęszczone. Wszystkich na dur powrotny zapadłych w pierwszych 7 miesiącach roku 1878 było razem 770, z przewagą dość znaczną mężczyzn, tak w zapadaniu samem, jak i co do zejścia śmiertelnego. Śmiertelność z samego duru wynosiła w tej epidemii 5%, wliczając w to i przynoszonych dość często w stanie konania. Wszystko, co tu piszę i uwagi wszelkie odnoszą się jedynie do tej naszej epidemii z r. 1878 i do przypadków, spostrzeganych przezemnie w szpitalu św. Łazarza. Ze względu na wiek zapadało mężczyzn i kobiet najwięcej między 20. a 30. rokiem życia; wiek poza rokiem 60. mniej zdawał się na zarazek wrażliwym, choć po kilka przypadków leczono z obojga płci między 70—80. rokiem życia. Między chorymi w szpitalu przeważała klasa ludzi niższa, z codziennym niedostatkiem walcząca; byli to głównie wyrobnicy dzienni i rzemieślnicy, przeważnie bez zajęcia, służba bez obowiązku, ludzie wałęsający się, pozbawieni lub leniący się pracy, a z inteligencyi w ciągu całej epidemii było w leczeniu szpitalnem zaledwie kilkanaście osób.

Zima w owym roku była bardzo ciężka i bieda ogólna, wielka. Najwięcej chorych przybywało z ogrzewalni miejskich, gromadami prawie: z Kleparza, Kazimierza i z Podgórza; pojedynczo szli z okolicznych wiosek: Łobzów, Nowa i Czarna Wieś, Krowodrza, Zabierzów, Prądnik Czerwony i Biały, Zwierzyniec, Przegorzały, Zakrzówek, Dębniki, Opatkowice, Sidzina, Olsza i t. d. i z różnych ulic miasta. Ogrzewalnie, jako źródła wzajemnego zarażania się, Magistrat dość wcześnie poznosił.

Napadów, czyli powrotów (stąd dur powrotny) bywało od 1—6; większość chorych miewała po 2 i 3 napady, kilkudziesięciu po 4, kilkunastu po 5, a kilku, nawet i wyleczonych, przeszło po 6 bardzo ciężkich napadów. Napad pierwszy trwał zwykle od 2—4 do 6—8, a niekiedy w całej sile i do 10 dni. Pod koniec tak długiego napadu chorzy zazwyczaj ginęli z wyczerpania. Drugi napad i następne bywał o 1—2—3 dni krótszy. Napad 4, 5 i 6 nie przeciągały się pospolicie poza 1—2 dni. Przerwa między napadami wynosiła 3—5 dni, tydzień, a niekiedy i więcej. Chorzy, w tym czasie wolni od wszelkich dolegliwości, przychodzili szybko do siebie, przy niezwykłym apetycie nawet w napadach (co także nazwę duru »głodowego« mogło usprawiedliwiać). Trwanie choroby zależało od ilości i długości napadów, od przerw międzynapadowych i powolnego zdrowienia, przedłużanego nieraz różnemi powikłaniami; średnio wynosiło do 27 dni. Napad każdy zaczynał się i zwykle kończył bardzo silnym dreszczem, często i kilka godzin trwającym, z następową gorączką, prawie stałą, do 42° i wyżej. W tym stanie, przy zupełnej przytomności umysłu, dręczyły chorych nader dokuczliwe bóle w mięśniach, zwłaszcza w łydkach i przy lekkim nawet ucisku.

Cechującym w tej chorobie był język — białawy, żółty, często brunatny, zwykle wilgotny, »sit venia verbo« jak kawał wymokłego mięsa — a jeszcze więcej śledziona, nadzwyczaj szybkim ulegająca zmianom. W pierwszej chwili napadu śledziona, zaledwie, jak stwierdzało opukiwanie, zwiększona, po kilku godzinach, lub po jednej nocy, sterczała pod łukiem żebrowym na dłoń i niżej, jako twardy guz. Nagłe i ciągłe zwiększanie się śledziony zapowiadało koniec choroby niepomyślny i prędki. Z końcem napadu i w czasie międzynapadowym obrzęk śledziony znikał i malał w oczach. W mniejszym stopniu działo się tosamo z wątrobą. W przeciągu całego pierwszego napadu i w dalszych wśród najwyższej gorączki chorzy nie pocili się wcale, natomiast w końcu, po wstrząsającym zawsze dreszczu, popadali w rozlewne poty i w nadzwyczajny upadek sił, z majaczeniami, a ciepłota spadała do 35° i niżej, tętno z 100—140 na 60 i 40 uderzeń na minutę. Stan takiej bezwładności, przy stósownej opiece, przemijał szybko.

W moczu, badanym w pracowni chemii lekarskiej w różnych okresach choroby, znajdowano w napadach barwę winnożółtą, oddziaływanie kwaśne, ciężar gatunkowy 1008—1020—1030, urochrom i uroksantynę silnie zwiększone, mocznik w ilości prawidłowej lub nieco zwiększonej, chlorki zmniejszone, fosforany ziemne i potasowców i siarkany zwiększone, białka zwykle bardzo małą ilość; po napadach białko znikało, a chlorki wracały do stanu prawidłowego.

Przy nekroskopii zauważono prawie u wszystkich zmarłych na dur powrotny mięśnie suche, ciemne, opony mózgowe blade, mózg prawidłowy, w płucach często zapalenie w różnych okresach, lub nieżyt oskrzelowy rozległy i zapalenie opłucnej; serce, wątroba i nerki ulegały zwykle stłuszczeniu; śledziona dwakroć i więcej zwiększona, na przekroju ciemna, z miąższem bardzo wiotkim, kruchym, z wyraźnemi ciałkami Malpighiego; w żołądku i jelitach cienkich śluzówka bywała blada, grudki chłonne w jelitach powiększone.

Dur powrotny wylągł się w Krakowie wówczas między biedakami na tle nędzy i głodu (i stąd zwany »głodowym«), a szerzył się dalej przez zarażanie jednych od drugich. Całe rodziny, z kilku osób złożone, leczono równocześnie w szpitalu, a w starym gmachu chorzy, leczeni na inne choroby, po zjawieniu się duru powrotnego dość często się go nabawiali. Ofiarą zaraźliwości tego duru stał się jeden z kolegów, ówczesnych lekarzy szpitala św. Łazarza, Dr Franciszek Murdzieński i gorliwość swą w pracy około chorych na dur powrotny przypłacił bardzo ciężką, kilkumiesięczną chorobą. Ten sam los spotkał urzędnika szpitalnego, zajętego przechowywaniem i wydawaniem rzeczy chorych na dur w pawilonie. Ze służby szpitalnej zaraziło się kilkunastu posługaczów, z których trzech zmarło, i kilka posługaczek.

Dur powrotny odznaczał się w epidemii krakowskiej w r. 1878 różnemi powikłaniami, występującemi zwykle pod koniec napadu 1—2, a rzadziej 3. Do najpoważniejszych zaliczano zapalenie krupowe płuc i opłucnej. Mniej groźne, a bardzo częste, zwłaszcza w przerwie beznapadowej, bywały: nieżyt jelit, krwotoki jelitowe, nieżyt oskrzeli, nieżyt spojówek, zapalenia tęczówek, uporczywe, wymagające tamponady krwotoki nosowe, czyraki, ropnie powłok. Niemal u każdego chorego po napadach 2 lub 3 występowały obrzęki koło kostek, niedokrwistość, rzadziej obrzęki ogólne bez białka w moczu, które przy dobrem żywieniu i leczeniu krzepiącem ustępowały bardzo prędko. Duru z żółtaczką i przypadami mózgowymi (typhus recurrens bilio-

*) Warszawscy lekarze przed kilku laty zapoznali się nanowo z własnego doświadczenia z tą chorobą.

sus) było kilkanaście przypadków, z nich kilka zakończonych śmiercią.

W leczeniu duru powrotnego używano wówczas chininy i kwasu salicylowego w proszkach, kwasu karbolowego w pigułkach, arszeniku w kroplach Fowlera i wyskoku, jako wódki, łyżkami, głównie zaś chininy i wyskoku, które były napewno skuteczne, bo stosowane w większych dawkach od pierwszej chwili napadu obniżały wyraźnie gorączkę, ograniczały obrzęk śledziony, skracały napady i wydłużały przerwy międzynapadowe. Kwas karbolowy wzniecał wcześnie wymioty, salicylowy zawodził. Podawano chininę w napadach 2—3 razy na dzień po 0·70, w przerwach po 0·20 lub 0·15; w razie niedokrwistości z żelazem. W osłabieniach podawano łyżkami wino lub wódkę, łyżeczkami arak, nieraz i eter w kroplach. Powikłania leczono odpowiednio; bóle mięśniowe łagodzono nacieraniami, narkotykami, okładami ciepłymi, prądem elektrycznym przerywanym, w ostateczności morfiną, wstrzykiwaną podskórnie.

I w naszej ówczesnej epidemii szukano swoistego krętka; wówczas jeszcze była to wielka nowość. Znaleziono też wówczas krętki we krwi bardzo wielu naszych chorych, wyłącznie w napadach.

Jako naoczny świadek epidemii i bez przerwy od jej początku aż do wygaśnięcia, już to pod obcem kierownictwem, już to i przeważnie samodzielnie prowadziłem cały prowizoryczny oddział i prawie zawsze sam dokładnie obserwowałem wszystkie przypadki w liczbie 770; historye ich chorób spisałem własnoręcznie, a sprawozdanie złożyłem Dyrekcyi szpitala św. Łazarza 20. X. 1878 r. Na podstawie tegoż sprawozdania składam Kolegom niniejszy opis tej epidemii.

Dotąd o tej tak poważnej wówczas epidemii w Krakowie nikt i słowa nie skreślił.

Opisałem ją obecnie ogólnikowo, dla upamiętnienia i na przestrogę, bo dla chorych zakaźnych budynków nie mamy. Czasy zaś coraz cięższe, jako wówczas były, bieda wśród ludności wielka i zapowiada się większa; stwarza zaś ona podłoże, bardzo dla epidemii podatne. Nie daj Bóg — epidemia podobna, czy gorsza, ciągle grozi, zawsze możliwa.

Wobec faktu, że w powstawaniu epidemii istnieje pewna okresowość, nie bez znaczenia może być i to, że odstęp czasów dzisiejszych od ostatniej u nas epidemii duru powrotnego jest niemal takisam, jak odstęp tej ostatniej epidemii od przedostatniej, która miała grasować w r. 1847, i że niedawno właśnie mieliśmy epidemię duru powrotnego na ziemiach polskich nie dalej, jak w Warszawie, gdzie podobno i teraz jeszcze pojawiają się przypadki sporadyczne tej choroby.

---

†

Dr Józef Peszke.

Śmierć Dr Józefa Peszkego nietylko zmniejsza, i tak już nieliczne, grono pracowników na niwie historyi medycyny polskiej, ale jest też stratą niepowetowaną w innym jeszcze dziale; Peszke był mianowicie pierwszorzędnym, prawdopodobnie najlepszym u nas znawcą słownictwa lekarskiego polskiego zarówno w zakresie historycznego jego rozwoju, jak i co do jego strony językowej. Znawstwo to opierało się na nader rozległych i gruntownych studyach i na głębokiem wniknięciu w ducha naszej mowy, którą Peszke jako pisarz przepysznie władał. Wszystko, co pisał, odznacza się wzorową, na pisarzach najświetniejszych epok naszej literatury kształconą, nieskazitelną polszczyzną i może służyć za przykład pięknej prozy polskiej nietylko rozprawom lekarskim, lecz także każdemu, kto w jakimkolwiek przedmiocie ujmuje za pióro.

Józef Peszke urodził się w Kaliszu w r. 1845; studya lekarskie przebył w Würzburgu, Wrocławiu, gdzie promował się w r. 1871 i Dorpacie, gdzie powtórnie uzyskał dyplom doktorski w r. 1874. Przed laty 40 osiadł w Warszawie, gdzie już do końca życia pozostał, pracując jako chirurg i gdzie doszedł do stanowiska starszego ordynatora szpitala dla dzieci.

Towarzystwo lekarskie warszawskie, w którem był od r. 1884 przez lat szereg wybierany starszym bibliotekarzem, zawdzięcza mu uporządkowanie swego bogatego księgozbioru. Niewątpliwie praca w tym zakresie była jedną z podstaw ogromnej erudycyi Peszkego w zakresie historyi medycyny polskiej i słownictwa lekarskiego polskiego. W obu tych zakresach opublikował Peszke cenne przyczynki. Najcenniejszą jednak puściznę pozostawia Peszke w licznych artykułach, opracowanych przez siebie do »Wielkiej Encyklopedyi ilustrowanej«, w której był redaktorem działu lekarskiego, do »Słownika języka polskiego«, wychodzącego w Warszawie (dotąd nieukończonego), do »Encyklopedyi rzeczy polskich«, oraz do »Biographisches Lexicon der hervorragenden Aerzte«. Prócz tego jest niepospolitą zasługą Peszkego wydanie »Słownika lekarzów polskich« Kośmińskiego. W rękopisie pozostawił ciekawe studyum z pogranicza historyi medycyny (dyetetyki) i kultury p. t. »Historya kuchni polskiej« i niedokończoną »Historyę Towarzystwa lekarskiego w Warszawie«.

Sztuce polskiej, której był wielkim miłośnikiem, obdarzony sam niepospolitym talentem malarskim, przysłużył się opracowaniem i wydaniem znakomitego dzieła Matlakowskiego: »Zdobienie i sprzęt ludu polskiego na Podhalu«, posiadającego wartość zarówno artystyczną, jak i etnograficzną. Jako amator-malarz uprawiał Peszke z zamiłowaniem miniaturę, doprowadzając ją do mistrzostwa. Pamiątką tego pozostał adres lekarzy polskich, złożony Kraszewskiemu podczas jubileuszu w Krakowie w r. 1879, oraz inicyały w księdze pamiątkowej, ofiarowanej prof. Hoyerowi.

Osobno wydanych prac nie pozostawił Peszke wiele: prócz rozpraw doktorskich (o gorączce przyrannej we Wrocławiu, o budowie wątroby w Dorpacie) wyszły drukiem z zakresu ściśle lekarskiego prace Peszkego: »Rana postrzałowa stawu barkowego i t. d.« (1881), »Richanotrepan Stolla« (1889), »Doświadczalny przyczynek do nowych badań nad gorączką przyranną« (1880). — Z dziedziny historyczno-lekarskiej i terminologicznej ogłosił osobno: »Synonimy przymiotu« (1883), »Jak po polsku syphilis mianować należy« (1884), »Przyczynek do dziejów rynoplastyki« (1897), »Z historyi antyseptyki« (1897), »Wojciech Oczko, jako chirurg« (1899), »O Janie Solfie« (1907), oraz szereg życiorysów współczesnych lekarzy polskich. C.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LV. Kraków, 1. października 1916. Nr 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O zakażeniach wznawiających się

podał

M. W. Herman (Lwów).

Rany postrzałowe, choćby z czasu »wielkiej wojny«, nie różnią się zasadniczo od innych ran. Pewne jednak powikłania występują w ranach tych częściej i w formach jaskrawszych, a następstwa ich bywają groźniejsze, niż w ranach innego pochodzenia.

Znane z codziennej praktyki chirurgicznej zjawisko zaogniania się niewygasłej jeszcze sprawy zakaźnej ropnej w ranach, stawach i t. p. po zmianie opatrunku, po gimnastyce i t. d, w ranach postrzałowych kości występować zwykło w formie bardzo jaskrawej. Zwłaszcza złamania postrzałowe kości udowej trzymają prym pod tym względem. Z bardzo wielu obserwacyi poprzestanę na streszczeniu jednej, ale bardzo charakterystycznej i wskutek ubocznych okoliczności wprost tragicznej.

Oficer rezerwowy, Dr H. C. Złamanie postrzałowe uda prawego we wrześniu 1914 r. Leczony (gips!) jako jeniec w rosyjskich szpitalach wojskowych lwowskich do końca stycznia 1915 r., poczem przeniesiony do szpitala rezerwowego galicyjskiego Czerwonego Krzyża. Strzaskana pociskiem kość udowa już się była zrosła z nieznacznem załamaniem osi i małem skróceniem (około 3 ctm.). Na zewnętrznej powierzchni uda blizna, kilkadziesiąt ctm. długa, z dwiema przetokami po operacyi, wykonanej celem usunięcia z rany odłamków z pistoletu, rozbitego tym samym pociskiem, który złamał kość. Na rentgenogramie, zdjętym w lutym 1915 r., stwierdzono w głębi uda dwa małe odłamki metalowe. Zdawało się, że one są przyczyną przetok. Ponieważ brakowało wskazań — ogólnych czy miejscowych — do ponownego zabiegu, pozostawiono je na razie w spokoju. Gdy jednak w marcu, zamknięte tymczasem przetoki otworzyły się z powrotem i gdy ciepłota poczęła się podnosić, a w pierwszej połowie kwietnia dochodziła chwilowo nawet do 40°, równocześnie zaś poczęły choremu dokuczać bóle w nodze, w połowie kwietnia rozciąłem przetoki, usunąłem oba odłamki metalowe i nieco chorej ziarniny z okruchami kostnymi, wypełniającej zaułki pomiędzy odszczepami kostnymi. W niedługi czas po operacyi ciepłota powróciła do normy. Rana pooperacyjna powoli zmniejszała się, tak że już w połowie maja 1915 chory jedynie przy pomocy laski poruszał się swobodnie. A gdy się wreszcie udało wyjednać u władz okupacyjnych dla chorego kwalifikacyę na zupełnego inwalidę, 7. czerwca oddany został w opiekę prywatną (w patronat). Co parę dni miał się zgłaszać ambulatoryjnie, celem zmiany opatrunku, pozostała bowiem w dolnym kącie rany przetoka ciągle jeszcze wydzielała — acz skąpo — ropę. Wtem wbrew wszelkim przewidywaniom, po dalszym spacerze, wśród najlepszego stanu ogólnego, dnia 15 czerwca 1915 wystąpiły silne dreszcze, potem wysoka gorączka, zamglenie świadomości, w ogóle objawy bardzo ciężkiego schorzenia. Chwiejne pierwszego dnia rozpoznanie ogólnego zakażenia ropnego, w następnych ustaliło się, gdy wystąpiły objawy zapalenia wysiękowego opłucnej, osierdzia, wsierdzia, stawów i t. d. W zachowaniu się przetoki ta tylko zaszła zmiana, że przemijająco (przez 24 godz.) wydzielina wyraźnie cuchnęła. Dnia 24 czerwca 1915 chory umarł, w dwa dni po odzyskaniu wolności (dzięki odbiciu Lwowa dnia 22 czerwca 1915).

Chorzy z ranami postrzałowymi uda bywali źródłem innych jeszcze, zwykle niemiłych niespodzianek. Powrócę może do nich przy innej sposobności. Teraz bowiem chcę mówić o zakażeniu wznawiającem się po dłuższym (kilkumiesięcznym) okresie zupełnego zdrowia, nie zaś o zaognianiu się (czasem — jak w powyższem spostrzeżeniu — nawet śmiertelnem) widocznie jeszcze tlejącego zakażenia ropnego.

Anatomicznie, a raczej bakteryologicznie, zakażenie 1) zaogniające się jest niemal identyczne z zakażeniem 2) wznawiającem się. W obu bowiem przypadkach przyczyną nowego zjawiska klinicznego są pierwotne bakterye ropne, oddawna już w tkankach bytujące, które tylko przemijająco wzmogły swą pierwotną jadowitość. Klinicznie jednak i praktycznie te dwie odmiany zakażenia różnią się między sobą wyraźnie. W przypadku pierwszym podnosząca się (choćby tylko niekiedy i na krótki czas) ciepłota, przyspieszone tętno, często ogólne niedomaganie i niedokrwistość, miejscowo zaś obrzęk, bolesność, sącząca przetoka i t. d., są dostatecznym dowodem obecności w tkankach bakteryi żywych. Wiemy, czego należy się obawiać. W przypadkach zaś zakażenia wznawiającego się istnieje pewien okres, nieraz kilka miesięcy trwający, w którym nie stwierdzamy żadnych, ani ogólnych, ani też miejscowych objawów zakażenia. Bakterye, istniejące jeszcze w tkankach, niczem nie zdradzają swej obecności. Wystarczy jednak niekiedy uraz tak nieznaczny, że zupełnie ujdzie uwagi chorego, nie mówiąc już o takim, jakim jest w każdym przypadku najłagodniejszy nawet zabieg operacyjny, aby bakterye, pogrążone w letargu, obudzić do nowego życia.

To, nieobliczalne w skutkach, wznawiające się zakażenie, na które raz już zwróciłem uwagę, mówiąc o przenikających postrzałach czaszki, jest napewno chirurgom wojennym bardziej znane, niżby to wynikało ze skąpego piśmiennictwa (Melchior[1]), Most[2]), Schloffer[3])). Nie jest jednak na tyle popularne, aby już można było przestać o niem mówić.

Istotę i znaczenie praktyczne zakażenia wznawiającego się ilustrują wyraziście trzy następujące spostrzeżenia:

1) H. N. l. 31, szeregowiec 85 p. p., leczony od dnia 14 września 1914. Stwierdzono ranę postrzałową ramienia prawego, zadaną prawdopodobnie pociskiem wybuchowym. Środkowa $^1/_3$ kości ramiennej strzaskana na drobne okruchy, które z czasem wyropiały zupełnie. W częściach miękkich (od przodu) odpowiednio rozległy ubytek, odpowiadający wylotowi postrzału. Rana wlotu na tylnej powierzchni ramienia minimalna, o kilkumilimetrowej średnicy. Duże pnie naczyniowe i nerwowe, częściowo odsłonięte, nie uszkodzone. Ogólne i miejscowe objawy zakaże-

[1]) Berlin. kl. Wochenschr. 1915. Nr. 5.
[2]) Münch. med. Wochenschr. 1915. Nr. 34.
[3]) Wiener klin. Wochescnhr 1916. Nr. 14.

nia miernego natężenia. Po miesiącu można już było przenieść rannego na oddział lżej chorych i opatrywać go dalej ambulatoryjnie. W styczniu 1915 rana była zabliźniona. Konieczny zabieg wytwórczy, mający na celu przywrócenie ciągłości strzaskanej kości ramiennej, odłożyłem do spokojniejszych czasów. Chorego odesłano do innego zakładu. Tam, jak się dowiedziałem, już w pierwszych dniach lutego 1915, a zatem mniej więcej w trzy miesiące po ustąpieniu objawów zakaźnych, namówiono chorego na operacyę wytwórczą i ubytek w kości wypełniono odpowiednią trzaską kości zwierzęcej, wyjałowionej przez wygotowanie.

Ze zrozumiałych powodów nie mogę wdawać się w szczegóły, zresztą dobrze mi znane. Jestem jednak przekonany, że objawy zakażenia, które się tuż po zabiegu pojawiły, wywołane zostały raczej przez bakterye, znajdujące się w tkankach od dawna, t. j. od chwili zranienia, aniżeli przez bakterye, któreby świeżo do rany od zewnątrz wtargnęły. Operowany w parę dni później skutkiem tego zakażenia umarł.

2) I. T. l. 32, szeregowiec 29 p. p., przyjęty 20 grudnia 1914 z przestrzałem obu przedramion, tuż poniżej stawów łokciowych, powikłanym strzaskaniem obu kości przedramiennych. Rany w wysokim stopniu zakażone, oba stawy łokciowe zropiałe. Mimo szerokie nacięcie i osączkowanie ran i stawów, objawy ciężkiego zakażenia utrzymały się przez kilka tygodni. W połowie marca 1915 r. rany wygoiły się zupełnie, bez przetok. W obu stawach nastąpił oczywiście zrost kostny, a jakkolwiek przedramię w pośredniem okręceniu ustawione było pod kątem prostym do ramienia, chory z trudnością tylko wykonywał rękami najprostsze czynności. Dnia 11 maja 1915 r., a zatem w dwa miesiące po zabliźnieniu się ran, a w pięć po zranieniu, gdy od dawna już ustąpiły wszelkie kliniczne objawy zakażenia, przystąpiłem przeto do uruchomienia łokcia prawego. Dwoma cięciami bocznemi odsłoniłem zesztywniały staw i z okolicy byłej szpary stawowej wyciąłem dłutem podokostnie listewkę kostną wysokości około 2 ctm. W tym momencie operacyi temi samemi narzędziami, któremi się dotąd posługiwałem, wyciąłem z powięzi szerokiej uda (z »tractus ileo-tibialis«) odpowiedniej wielkości płat czworoboczny i wsunąłem go pomiędzy obie powierzchnie kostne, przytwierdzając go paroma szwami do okostnej kości ramiennej. Ranę na udzie zaszyłem na głucho, rany na łokciu osączkowałem. Już wieczorem po operacyi ciepłota podniosła się do 39⁰, a na drugi dzień rozwinął się obraz ciężkiej posocznicy. Z trudnością udało się wreszcie opanować zakażenie. Najprawdopodobniej nie osiągnąłem celu operacyi. Gdy bowiem chory 4 lipca 1915 opuszczał pawilon, w zresekowanym stawie zachował się zaledwie ślad ruchów biernych, i to bardzo bolesnych. Rana na udzie wygoiła się w kilka dni doraźnie.

3) H., szeregowiec 41 p. p., raniony w lewe ramię 2 czerwca 1915. Kość uległa złamaniu. Rana ropiała, chory gorączkował. Wygoił się dopiero po 12 tygodniach. Z końcem lutego 1916 upadł i powtórnie złamał tosamo ramię. Rentgenoskopią stwierdzono, że złamanie nastąpiło tuż poniżej poprzedniego, wygojonego. Obok tego na rentgenogramie spostrzega się liczne drobne odłamki kostne, wpryśnięte w tkanki, pochodzące jeszcze z poprzedniego strzaskania postrzałowego. W parę dni po złamanin powtórnem, podskórnem, t. j. dnia 3 marca, stwierdziliśmy wyraźne objawy ropowicy ramienia, najwyraźniejsze w najbliższem sąsiedztwie obu blizn postrzałowych. Po szerokiem nacięciu i wypuszczeniu sporej ilości brudnej ropy gorączka opadła i w przeciągu paru tygodni nastąpiło wygojenie z zupełnie pomyślnym zrostem kości.

Trzy powyższe spostrzeżenia, a zwłaszcza trzecie, tłómaczą istotę zakażenia wznawiającego się; drugie zaś ilustruje praktyczne znaczenie tego powikłania ran postrzałowych. Dobrze pomyślany i wykonany zabieg operacyjny obrócić się może w niwecz jedynie dzięki tej szczególnej odmianie zakażenia, której nie umiemy zapobiegać.

Tak jak trzy tu opisane spostrzeżenia, tak i wszystkie inne, opisane przez poprzednio wspomnianych autorów, dotyczyły złamań postrzałowych kości. W doborze przypadków nie gra więc roli przypadek. Zdaje się, że w patogenezie zakażenia wznawiającego się ogromną rolę odgrywają owe drobne odłamki kostne, które na rentgenogramach widzimy gęsto rozsiane w częściach miękkich, otaczających dawniejszy postrzał kości. Pod osłoną tych odłamków — może w nich albo na ich powierzchni — bakterye ropne wegetują miesiącami, czekając na sposobność, któraby dozwoliła im podjąć z powrotem dawniejszą rolę czynnika zakażającego. A sposobność taka nadarza się, gdy z jakiegokolwiek powodu w bezpośredniem sąsiedztwie drzemiących bakteryi obumrze pewna ilość komórek lub krew wyleje się z naczyń. Obumarłe komórki, względnie skrzepła krew, stanowią doskonałą pożywkę, na której bakterye odzyskują swą pierwotną jadowitość i w znany sposób wzniecają zakażenie. O ile chodzi o nawrót zakażenia ropnego tkanki mózgowej po wygojonych postrzałach czaszki, to tam prawdopodobnie już gwałtowniejszy ruch głową lub odleżyna, wywołana uciskiem odłamka kostnego, wystarczają, aby w kruchej tkance mózgowej przysporzyć potrzebnej ilości komórek martwych. Za tem przemawiają odpowiednie spostrzeżenia kliniczne. W innych tkankach, bardziej zbitych, trzeba silnego urazu (np. w formie operacyi), aby powstały warunki, potrzebne do nawrotu zakażenia.

Jakkolwiek zresztą tłómaczylibyśmy to zjawisko, sam fakt zakażenia wznawiającego się nie ulega wątpliwości. A ponieważ nie umiemy rozpoznawać bakteryi »drzemiących« w tkankach, przedtem zakażonych, gromadźmy na razie odpowiednią kazuistykę, abyśmy mogli empirycznie oznaczyć termin, do którego bakterye w tych warunkach mogą zachować swą żywotność. Do operacyi, których wynik w głównej mierze zawisł od aseptycznego przebiegu pooperacyjnego, powinno się przystępować dopiero poza owym terminem. Nasze trzecie spostrzeżenie dowodzi, że bakterye drzemać mogą w zabliźnionych ranach postrzałowych — dawniej zakażonych — przez dziewięć miesięcy! Obserwacya dalszych przypadków wykaże, czy to termin wyjątkowo długi, czy też jeszcze za krótki.

Ponieważ zaś pewien związek przyczynowy pomiędzy obecnością okruchów kostnych, wpryśniętych w tkanki, a zakażeniem nawracającem, wydaje się bardzo prawdopodobnym, należałoby rany postrzałowe kości trzymać jak najdłużej szeroko otwarte i usuwać z nich możliwie doszczętnie wszelkie łatwo dosięgnąć się dające okruchy kostne wzgl. odłamki pocisków, choćby one na razie okazywały skłonność do wgajania się.

Przypuszczenie P. Stratera [4]), że w sposób analogiczny przyczajać się mogą w ramach postrzałowych prątki tężcowe, wydaje mi się wielce nieprawdopodobne.

Objawy gorączkowe w przebiegu porażenia postępującego

podał

Dr Juliusz Morawski

ordynator zakładu dla umysłowo-chorych »Kochanówka« (pod Łodzią).

Wahania ciepłoty ciała w przebiegu porażenia postępującego były badane przez licznych autorów (zestawienie wyników u Reinharda, Krömera, Mendla, Obersteinera, Pappenheima, Sorokowikowa i innych) i wyniki tych badań dadzą się streścić w następujący sposób: 1) Późniejsze okresy porażenia postępującego dają częściej znaczne nieprawidłowości w zachowaniu się ciepłoty ciała chorych, niż wcześniejsze. 2) Nieprawidłowości te występują nie we wszystkich przypadkach porażenia postępującego jednakowo. 3) W przebiegu porażenia postępującego spotykamy nieraz wahania ciepłoty ciała od bardzo wysokiej (40,0⁰ i wyżej)

[4]) Deutsche med. Woch. 1916 Nr. 13.

do bardzo nizkiej (35,5 a nawet, podobno, 25,0°), nie dające się wytłomaczyć stanem narządów wewnętrznych. 4) W ekspansywnych postaciach porażenia postępującego ciepłota ciała jest wogóle wyższa, niż w depresyjnej. 5) Południowa i wieczorna ciepłota ciała wyższa jest w p. p., niż u zdrowych. 6) W końcowych okresach porażenia postępującego spotykamy nieraz bardzo nizką ciepłotę ciała. 7) W przebiegu porażenia postępującego spotykamy nieraz krótkotrwałe stany gorączkowe z następującemi cechami charakterystycznemi: a) ciepłota ciała podnosi się raptownie; b) w czasie podnoszenia się ciepłoty tętno chorego jest szybsze, niżby się tego odpowiednio do ciepłoty spodziewać można było; c) stany gorączkowe w przebiegu porażenia postępującego mogą występować równolegle ze stanami podnieceń lub napadami ze strony sfery ruchowej, przed napadami, lub po nich, czasem wreszcie zupełnie od nich niezależnie; d) niektórzy autorowie zauważyli w przeddzień napadów lub podnieceń u chorych na porażenie postępujące wznoszenie się ciepłoty, inni obniżenie się jej; e) zauważano również znaczne ciepłoty w różnych okolicach ciała (regionarne różnice), n. p. ciepłotę ucha 00,5 — 1,0° wyższą, niż pod pachą, zamiast prawidłowej różnicy 0,05° — 0,1°; f) zauważano dalej różnicę ciepłoty między stroną porażoną i zdrową, gdzie ciepłota była niższą; g) gorączki, występujące raptownie w przebiegu porażenia postępującego, trwają czasem tylko parę godzin, n. p. rano 36,1°, wieczorem 40,4°, na drugi dzień rano 36,5° C.; h) czasem spotkać można napady bólu pochodzenia ośrodkowego, łącznie z wysoką gorączką; i) mniej więcej równolegle z gorączką występuje w wielu przypadkach wybitna hyperleukocytoza krwi i płynu mózgowordzeniowego

Jako przykład podobnych napadów gorączki pozwolę sobie przytoczyć dane, tyczące się chorego na porażenie postępujące, którego miałem sposobność obserwować przez czas dłuższy:

Chory l. 52, zakażenie kiłowe w 32. roku życia, leczony niedostatecznie, w 41. roku życia pierwsze objawy porażenia postępującego o formie ekspansywnej. W czwartym roku choroby 10-miesięczne zwolnienie po zapaleniu ropnem na prawej nodze. W siódmym roku choroby po całym szeregu napadów, trwających wogóle 5 dni, wystąpiło porażenie prawej połowy ciała z afazyą, od tego czasu chory był stale przykuty do łóżka, objawy życia psychicznego słabły coraz bardziej i w 11. roku choroby nie dawały się stwierdzić zupełnie. Chory znajdował się pod opieką stałych dwóch lekarzy i często wzywanych na narady internistów; całe życie chorego było odpowiednio uregulowane; ciepłota mieszkania utrzymywana była zawsze w jednakowej mierze, mieszkanie całe odpowiednio zabezpieczone od wpływów atmosferycznych,, chory zawsze był jednakowo ubrany i przykryty. Odżywianie chorego składało się w ostatnich latach dziennie z 8—10 filiżanek półpłynnych pokarmów (kakao z bułką lub rozmaite kaszki na mleku); nadzwyczaj rzadko występowały zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, stolec bywał zwykle regularnie w $\frac{1}{2}$ godziny po wypiciu przez chorego szklanki wody gorzkiej. Chory bywał badany jak najdokładniej bardzo często i wyniki badań, jak również i ciepłota ciała (mierzona w pasze co godzina, a czasem i co pół godziny) skrzętnie zapisywane. Z krzywych ciepłoty i innych zapisków, robionych przezemnie u tego chorego przez lat cztery na rok przed śmiercią jego, wyprowadzić mogę następujące wnioski: Najniższa ciepłota bywała między 5. i 7. rano, wahając się między 36,8° — 37,0°, a w ostatnim roku między 37,0° i 37,2° C; najwyższa ciepłota występowała zawsze między 2—3. po południu (chory sypiał we dnie 1—2 godzin, w nocy 5—8 godzin) i utrzymywała się między 37°,—37,9° C, po stronie porażonej wyższa o 0,2°—0,4°, niż po stronie nieporażonej W ostatnich dwóch latach chory oddziaływał chwilowem podwyższeniem ciepłoty, czasem do 40,0°, na wszelkie próby dodawania mu do codziennej porcyi małej chociażby ilości mięsa lub masła; gorączki takie trwały 2—4 godzin, poczem ciepłota wracała do właściwej dla chorego normy. Nieznaczny nieżyt oskrzeli, wiosenny katar lub lekkie zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego i wszelkie inne drobne cierpienia fizyczne również wywoływały nieraz bardzo znaczne podwyższenia ciepłoty ciała. Występującym w ostatnich 2 latach coraz rzadziej napadom w sferze ruchowej również towarzyszyły czasami (nie zawsze) wzniesienia ciepłoty do 39°—40,0°, przytem maximum ciepłoty odpowiadało zwykle kulminacyjnemu punktowi napadu. Od czasu do czasu jednak dawały się zauważyć podwyższenia ciepłoty, których przyczyny wykryć nie było można pomimo jaknajszczegółowszych badań chorego przez jego lekarzy i zapraszanych specyalistów. W przypadkach tych zauważałem, co następuje: Na 2—$2\frac{1}{2}$ godzin przed podniesieniem się ciepłoty występował u chorego niepokój serca (przyspieszenie tętna, nie odpowiadające danej ciepłocie, czasem arytmia), nogi i ręce siniały i chłodły (szczególniej końce palców), czasem na piersiach i szyi występowały czerwone plamy (tâches cérébrales). Po upływie $1\frac{1}{2}$—2 godzin ciepłota zaczynała się podnosić, najczęściej bardzo szybko (czasem o $1\frac{1}{2}$° C w przeciągu godziny), występowało znaczne przyspieszenie oddechu, dreszcze, czasami wymioty. Gdy ciepłota dochodziła do szczytu, podniósłszy się nieraz o 3,8° C, działalność serca uspokajała się, następowało zwolnienie tętna, kończyny stawały się cieplejsze, oddech się wyrównywał. Ciepłota utrzymywała się na szczycie przez 1—2 godziny, później opadała (przeważnie powoli) do swego zwykłego poziomu, rzadko bardzo trochę niżej (do 36,4°—36,2°), przy szybszem opadaniu ciepłoty występowało pocenie się całego ciała. Począwszy od ciepłoty 38,4°—38,5° występowało również utrudnienie w połykaniu, które trwało, ustępując powoli, aż do całkowitego powrotu ciepłoty do zwykłego poziomu. Czasem na dzień lub dwa przed taką gorączką ilość moczu zwiększała się, mocz był jasny, o ciężarze właściwym 1015—1018 (prawidłowo 1024—1027; wielokrotne badanie moczu nie wykryło w nim ani białka ani składników morfologicznych, wskazujących na cierpienie nerek), o zwiększonej zawartości indykanu; również niezawsze występował na 1—2 dni przed gorączką silny ślinotok, bezsenność i ogólna hypotonia. Nazajutrz po gorączce mocz miał wszelkie cechy moczu pogorączkowego, następnych dni zaś wracał do cech zwykłych, ślinotok przeważnie ustępował zupełnie, chory zdawał się silniejszym, rzeświejszym, spał spokojniej i więcej. Gorączki te występowały albo epizodycznie (latem i zimą) lub całemi seryami (wiosną i jesienią) codzień w przeciągu dni kilku lub też oddzielone paru dniami bezgorączkowymi. Podaję tu, jako przykład, przebieg ciepłoty za jeden z takich dni:

godz.	8	rano —	37,0°.	godz.	$3\frac{1}{2}$	po poł. —	40,6°.
—	9	— —	37,1°.	—	4	— —	40,0°.
—	10	— —	37,3°.	—	5	— —	39,5°.
—	11	— —	37,5°.	—	6	— —	39,1°.
—	$11\frac{1}{2}$	— —	38,6°.	—	7	wiecz. —	38,8°.
—	12	w poł. —	39,4°.	—	8	— —	38,5°.
—	$12\frac{1}{2}$	po poł.	40,2°.	—	9	— —	38,1°.
—	1	— —	40,7°.	—	10	— —	38,0°.
—	$1\frac{1}{2}$	— —	40,7°.	—	11	w nocy —	37,7°.
—	2	— —	40,8°.	—	1	— —	37,6°.
—	$2\frac{1}{2}$	— —	40,7°.	—	3	— —	37,3°.
—	3	— —	40,6°.	—	5	rano —	37,2°.
				—	7	rano —	37,0°.

Żadne środki farmaceutyczne nie obniżały owej gorączki, sprawiały to czasem mokre obwijania (14°—15°), ale i to przeważnie na $\frac{1}{2}$—1 godzinę tylko.

Czasami po 1—2 dniach z wysoką gorączką występował spokój od 2—10 tygodni, gdy chory miewał ciepłotę ciała wogóle niższą z maximum 37,3° – 37,4°, wyglądał lepiej, w przeważnej jednak większości przypadków polepszenie stanu ogólnego albo wcale nie występowało, albo też trwało zaledwie 2—8 dni. Poniżej zamieszczona tablica przedstawia kilka z takich gorączek i ich wpływ na dalszy przebieg choroby; dla skrócenia przytaczam ciepłotę w odstępach 2-godzinnych od godz. 9. rano do 11. wieczorem (chory w nocy nie gorączkował nigdy):

Data	Godziny								Wpływ gorączki na dalszy przebieg choroby.
	9. rano	11.	1.	3.	5.	7.	9.	11.	
17/I 19..	37,2°	37,2°	37,8°	39,6°	39,2°	38,7°	37,6°	37,3°	3 tyg. polepszenie
28/II...	36,9°	37,0°	37,7°	39,7°	39,2°	38,5°	37,5°	37,3°	17 dniowe „
18/III...	37,0°	37,4°	37,5°	40,2°	39,4°	39,2°	38,3°	37,3°	9 dniowe „
22/IV...	37 0°	37,1°	37,6°	39,8°	39,0°	37,8°	37,5°	37,1°	—0—
18/II 19..	37,2°	37,2°	38,9°	39,8°	39,4°	38,5°	37,8°	37,4°	—0—
12/IV...	37,0°	37,8°	39,2°	40,0°	39,2°	38,0°	38,0°	37,8°	Patrz nast. dzień
13/IV...	37,0°	37,0°	38,9°	40,4°	39,5°	38,5°	37,9°	37,5°	„ „
14/IV...	37,0°	37,0°	39,5°	40,0°	39,2°	38,3°	37,2°	36,9°	6 tyg. polepszenie
15/VIII...	37,1°	37,2°	39,6°	40,9°	39,4°	39,1°	39,0°	38,1°	—0—
2/X 19..	37,1°	37,5°	40,7°	40,6₀	39,5°	38,8°	38,1°	37,7°	—0—

Co do etyologii takich stanów gorączkowych w przebiegu porażenia postępującego (występujących również i w kile mózgu i w wiądzie rdzenia) zdania autorów są podzielone. Mendel i inni uważają za przyczynę wszystkich podobnych gorączek jakieś zaburzenia fizyczne, podkreślając przytem właściwy chorym na porażenie postępujące sposób oddziaływania wysoką gorączką na jaknajdrobniejsze przyczyny. Brown, Meyer, Voisin i inni przypisywali przyczynę owej gorączki zapalnym sprawom opon mózgowych. Reinhard, Schüle i in., składają wszystko na zaburzenia ośrodków naczynioruchowych. Krafft-Ebing, przypisujący owym gorączkom znaczenie rozpoznawcze, uważa za ich przyczynę chwilowe neuropatyczne przekrwienie mózgu.

Cały wreszcie szereg autorów przypuszcza w danym przypadku chwilowe zaburzenia specyalnych ośrodków, regulujących gospodarkę ciepłoty ustroju, uznając istnienie takich ośrodków za dowiedzione, a napadowe podrażnienie ich za możliwe (analogicznie do napadów, polegających na podrażnieniu sfery ruchowej).

Literatura ośrodków ciepłoty, do których przyjęcia zachęca nas na razie tylko niemożność wytłómaczenia niektórych objawów w inny sposób, nie jest bogata i cała ta sprawa nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona. Landois i Eulenburg oznaczyli miejsce owych ośrodków u psów w korze mózgowej (blizko ośrodków naczynioruchowych): niszczenie tej okolicy u psów wywoływało podwyższenie ciepłoty kończyn strony przeciwnej, podrażnienie zaś wywoływało obniżenie ciepłoty. Aronsohn i Sachs określali u królików (u których ciepłota ciała podlega znacznym wahaniom pod działaniem drobnych nieraz przyczyn) siedzibę ośrodków ciepłoty na wewnętrznym brzegu ciała prążkowanego, Streerath — w środkowej przedniej części ciała prążkowanego, w środkowej części jądra ogoniastego (nucleus caudatus) i w przedniej środkowej części wzgórka wzrokowego, Leschke — w tylnej części okolicy podwzgórkowej (regio subthalamica), uważając ośrodek ciepłoty za jeden z ośrodków układu nerwowego współczulnego, H. Freund przypisuje tu wielkie znaczenie nerwom błędnym. Nie jest jednak jeszcze rzeczą pewną, czy podwyższenie ciepłoty ciała we wszystkich doświadczeniach jest zjawiskiem pierwotnem, czy też wtórnem, zależnem od podrażnień innych ośrodków, czy też dróg.

Nawet przy istnieniu takich ośrodków trudno pogodzić się z myślą, by zajmujące nas tutaj napady gorączki powstawały tylko wskutek napadowego podrażnienia owych ośrodków. Przeciwko temu przemawia cały szereg objawów, występujących przy owych gorączkach i poprzedzających je nieraz (limfocytoza, ślinotok, zmiany moczu). Wzniesienia ciepłoty w przebiegu porażenia postępującego noszą prędzej charakter gorączki, występującej w chorobach zakaźnych lub też w najrozmaitszych zatruciach ustroju (przez białka, sole).

Prędzej już dadzą się owe napady gorączki przy porażeniu postępującem wytłómaczyć (zgodnie ze zdaniem Pappenheima i innych), jako odczyn całego ustroju na chwilowe przepełnienie go trującemi substancyami pochodzenia bakteryjnego lub też chwilowe zatrucie produktami nieprawidłowej dla danego ustroju przemiany materyi. Byłby to jeden jeszcze dowód na potwierdzenie teoryi Kraepelina, że porażenie postępujące jest chorobą całego ustroju, a nie wyłącznie układu nerwowego ośrodkowego. Przypuścić należy, że w porażeniu postępującem na tle szybciej lub wolniej posuwającej się niszczącej sprawy ogólnej, z przeważającym udziałem w tej sprawie układu nerwowego ośrodkowego, występują obostrzenia, których widocznymi przejawami są napady najrozmaitszego rodzaju (w sferze psychicznej, ruchowej, dalej występujące jako zaburzenia oddechu, połykania, działalności serca, zaburzenia czuciowe, wydzielnicze i t. d.).

Dalsze badania wykażą nam, czy napady te są zbliżonemi naprzykład do dnawych gwałtownemi zaburzeniami przemiany materyi w ustroju chorych na porażenie postępujące, czy odczynem ustroju na najrozmaitsze okresy rozwoju wielu pokoleń krętków bladych (jak utrzymuje Ehrlich i jego szkoła), czy wreszcie przyczyny ich szukać trzeba gdzieindziej (działanie produktów rozpadu składników układu nerwowego ośrodkowego, zaburzenia wydzielania wewnętrznego i t. d.),

Pozostaje mi wreszcie zwrócić uwagę na równoległość, jaką spotykamy z jednej strony między samoistnie występującemi w ustroju chorych na porażenie postępujące zaburzeniami najrozmaitszego rodzaju, z drugiej — zaburze-

niami (leukocytoza, gorączka), wywoływanemi przez nas w najrozmaitszych próbach leczenia porażenia postępującego (zapomocą wstrzykiwań tuberkuliny, nukleinianu sodowego, hodowli gronkowców i t. d.). Zdaje się, że działanie tych środków polega na wywoływaniu mniej lub więcej silnego zaburzenia w ustroju chorego, które nieznanemi dla nas drogami wpływa czasami korzystnie na przebieg porażenia postępującego, wywołuje zwolnienia lub też tylko zatrzymanie na czas pewien dalszego postępu choroby.

Piśmiennictwo.

1) Aronsohn i Sachs. Pflügers Archiw. T. 37. 2) Aronsohn. Virchows Archiv. T. 159. 3) Crichton Brown z referatu w Archiv f. Psychiatrie Bd. VIII. 4) Freund H. Archiv f. experim. Pat. u. Pharm. T. 72, z. 4. 5) Kraepelin. Lehrb. der Psychiatrie, wyd. VIII T. II, Leipzig 1910. 6) Krafft—Ebing. Die progressive allgem. Paralyse 1894. 7) Krömer. Allg. Zeitschr. f. Psych. T. 36. 8) Landois i Eulenburg — cyt. podług Kaufmann: Nervensystem und Stoffwechsel. Handb. der Neurologie herausg. von Lewandowsky. 9) Leschke. Zeitschr. f. experim. Path. u. Ther. T. XIV. 10) Mendel. Die progressive Paralyse der Irren. Berlin 1880. 11) Meyer L. Charité Annalen 1858. 12) Obersteiner. Die progressive allgemeine Paralyse. Wien 1908. 13) Pappenheim. Monatschrift f. Psych. u. Neur. 1907. 14) Reinhard. Archiv für Psych. 1880 T. X. 15) Schüle. Klinische Psychiatrie, wyd. 3. 1886. 16) Sorokowikow. Russische medic. Rundschau 1910 z. 3, 4, 5. 17) Streerath. Archiv. f. u. Physiol. Physiolog. Abteilung 1910. z. III. i IV. 18) Voisin, Lecons cliniques sur les maladies mentales. Paris 1876.

Ze szpitala garnizonowego Nr 4 w Lincu nad Dunajem.

Wydzielanie składników mineralnych i kwasu mlecznego w zapaleniu opon mózgowordzeniowych.

Podali

Wacław Moraczewski i prymaryusz Egon Lindner.

Niezwykle szybkie i znaczne chudnięcie, które zauważyliśmy w dwóch przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, zachęciło nas do zbadania wydzielanych z moczem produktów. Chodziło nam z jednej strony o wydzielanie składników mineralnych, jak siarki, wapna, fosforu, a z drugiej o składniki, związane szczególniej z zanikiem mięśni, kreatyninę i kwas mleczny.

O składnikach mineralnych wiemy, że wszelkie chudnięcie, czy wycieńczenie, doprowadzać musi do ich zwiększenia; jedynie więc rodzaj tego wydzielania, jakieś szczególnie obfite wydzielanie jednego lub drugiego składnika godne było zbadania.

Kwas mleczny był w ostatnich czasach przedmiotem licznych dociekań, że wspomnę tylko Embdena i jego szkołę [1]) i O. v. Fürtha [2]). W pracach tych dwóch autorów zebrana jest potrochu i literatura, dotycząca tego przedmiotu.

Embden sądzi, że kwas mleczny powstaje z heksozy, która, łącząc się z kwasem fosforowym, tworzy tak zwany l a c t a c i d o g e n. Lactacidogen, rozpadając się, daje kwas fosforowy i mleczny w odpowiadających sobie cząsteczkowych ilościach. O. v. Fürth również uważa kwas mleczny za produkt spalania węglowodanów i dlatego szuka go w mięśniach i wątrobie chorych na cukrzycę.

Nie wdajemy się w roztrząsanie sprawy, czy grupę węglowodanową dostarcza glikogen wątroby, czy glikogen mięśni; sądzimy, że oba te źródła są tu potrzebne, bo wszelka czynność mięśni wywołuje zmniejszenie się glikogenu w wątrobie, a jednocześnie zwiększenie się cukru we krwi, jak to jeden z nas wykazał (W. M.).

Spodziewać się tedy należało, że ten zanik mięśni, który widzieliśmy w przebiegu zapalenia, wyrazi się powiększeniem kwasu mlecznego we krwi, a więc i w wydzielinach. Nie mogliśmy na razie zbadać cukru we krwi naszych chorych z powodu ich ciężkiego stanu.

Badanie nasze dostosowywać się musiało do niezbyt świetnych warunków. Przedewszystkiem zbierać musieliśmy mocz w ciągu kilku dni i przetrzymywać go pod chloroformem, bo chorzy nasi czasami mocz tracili i wogóle wydzielali skąpo.

Miało to tę dobrą stronę, że badanie moczu, z dni kilku zbieranego, daje pojęcie o postępowaniu zaniku. Pierwszy okres w odstępie tygodnia niewiele się różni od drugiego, ale trzeci, który w kilka tygodni potem przypada, daje wyniki więcej charakterystyczne dla ocenienia przebiegu. Niestety okresy ostatnie ze względów zewnętrznych dawały nam tak mało moczu, że musieliśmy się ograniczać do niezbędnie potrzebnych oznaczeń.

Dyeta chorych składała się głównie z mleka i kaszy.

Metody badania były mniej więcej typowe: azot sposobem Kjeldahla, kwas moczowy sposobem Ludwiga—Salkowskiego, z pewnemi zmianami. Wydzielony ze srebrowej soli kwas moczowy odczyszczaliśmy i spalali metodą Kjeldahla, obliczając kwas moczowy z ilości azotu, a przesącz strącaliśmy ponownie mieszaniną magnezyi i srebra; z ilości srebra oznaczaliśmy zapomocą miareczkowania rodanem potasu ilość ciał ksantynowych.

Prócz tego dla kontroli rozpuszczaliśmy osad siarczku srebra (który przy rozkładaniu soli srebra — metodą Salkowskiego i Ludwiga — przez siarczek kwaśny potasu otrzymujemy) w kwasie azotowym i miareczkowaliśmy podobnież rodanem. Mieliśmy zatem 1) wszystkie związki purynowe, obliczone ze srebra, zużytego na strącenie z moczu, 2) kwas moczowy, wydzielony i spalony na azot, 3) odsączone związki ksantynowe, oznaczone jako srebro. Dodajmy, że związki ksantynowe, oznaczone jako srebro wprost, dawały nam zawsze liczby mniejsze, niż obliczane z reszty, otrzymanej z ogólnego srebra i kwasu moczowego.

Oznaczanie amoniaku i amidokwasów wykonywaliśmy sposobem Sörensena starym, t. j.: w połowie przesączu oznaczaliśmy amoniak, a w drugiej miareczkowaliśmy amoniak i kwasy amidowe po nasyceniu formaliną.

Siarkę całą oznaczaliśmy przez spalanie kwasem azotowym i strącanie otrzymanego kwasu siarczanego chlorkiem barytu, siarczan barytu po wyżarzeniu i utlenieniu ważyliśmy; siarkę mineralną wprost z moczu, zakwaszonego kwasem solnym; siarkę związaną z fenolem po usunięciu siarczanów na zimno przez mieszaninę barytową i zagotowanie przesączu z kwasem solnym; wszystko wagowo.

Kwas fosforowy wszystek strącaliśmy w tejsamej porcyi moczu, z której oznaczyliśmy wszystką siarkę. W tym celu z przesączu, otrzymanego po strąceniu siarki, usuwaliśmy nadmiar barytu zapomocą kwasu siarczanego, a w nowym przesączu strącaliśmy fosforany mieszaniną magnezyową.

W drugiej porcyi moczu strącaliśmy fosforany mineralne po usunięciu wapna mieszaniną magnezyi.

Jeżeli od wszystkich fosforanów odejmiemy fosforany mineralne, otrzymamy fosfor organiczny, podobnie jak otrzymujemy siarkę organiczną, jeżeli od wszystkich siarczanów odejmiemy siarczany mineralne.

---

[1]) Embden, Griesbach, Schmitz. Zeitschr. f. physiol. Chem. T. 93 p. 1.

[2]) O. v. Fürth, Bioch. Zeitschr. T. 69 p. 199.

Wapno i magnezyę oznaczaliśmy zwykłymi sposobami, strącając szczawianem wapna, a w odsączu wydzielając magnezyę zapomocą nadmiaru amoniaku; chlorki sposobem Volharda, kreatyninę sposobem Folina, porównując barwę moczu, otrzymaną przez traktowanie 10 cm^3 moczu 15 cm^3 kwasu pikrynowego 12% i 5 cm^3 ługu sodowego 10%, z barwą n/2 dwuchromianu potasu.

Kwas mleczny wreszcie oznaczaliśmy poczęści metodą Fürtha, t. j. utlenialiśmy w rozczynie 1% kwasu siarczanego kwas mleczny do aldehydu, wypędzając jednocześnie aldehyd przez gotowanie. W destylacie, podzielonym na 3 części, związywaliśmy aldehyd 1/10 n kwaśnym podsiarczanem potasu $KHSO_3$, a nadmiar podsiarczanu miareczkowaliśmy 1/10 n. rozczynem jodu. Z moczu wydzielaliśmy kwas mleczny w następujący sposób: 500 cm^3 moczu zaprawiamy 2 cm^3 chlorku wapna, alkalizujemy amoniakiem, odsączamy; odsącz odparowujemy do gęstości syropu, mniej więcej 20 cm — 30 cm^3., zakwaszamy kwasem fosforowym, żeby kwas mleczny ze związku soli wapniowej uwolnić, mieszamy z gipsem palonym, aby wytworzyć plastyczną, prawie suchą masę, i masę tę wyciągamy eterem w przyrządzie Soxletha w ciągu 24 godzin (Schneyer. Bioch. Zeitsch. Tom 70 p. 294).

Historye choroby naszych chorych są następujące:

1. K. L. l. 19, zachorował 4/XI wśród objawów następujących: ból głowy, wymioty, gorączka, ogólne osłabienie, brak łaknienia; przyjęty na oddział 6/XI.

Stan obecny: Opryszczki na wargach, wybitna sztywność karku, źrenice szerokie, powolnie oddziałują na światło, przerywany ruch gałki ocznej, bolesność kręgosłupa, odczyn Lasègue dodatni, Kerniga dodatni, przeczulenie skóry na kończynach dolnych, odruch kolanowy i stopowy z prawej strony silniejszy, niż z lewej. Odruch Babińskiego z lewej strony dodatni. Nakłucie lędźwiowe dało płyn ropny, w którym znaleziono typowe meningokoki.

Przebieg: W ciągu 48 dni choroby, która się skończyła śmiercią, gorączka była nieprawidłowa o torze zwalniającym (remittens) i przerywanym (intermittens) z ciepłotą najwyższą 39·8 i ciepłotą zrana czasami prawidłową. Wychudnięcie następowało szybko i było bardzo znaczne. 16/XI porażenie prawego ramienia z podwyższeniem napięcia i wzmożeniem odruchów ścięgnowych i okostnych, prawa noga na wpół porażona. Odruch Babińskiego z obu stron dodatni, trudność przełykania, świszczący oddech, przyspieszenie tętna; karmienie płynami dość łatwe. Badania krtaniowych mięśni nie wykonano. Zmiany nerwu błędnego i dodatkowego utrzymały się do końca życia. Śmierć 21/XII. Sekcyi nie robiono.

Leczenie: Urotropina 2 gr. dziennie. 13 nakłuć lędźwiowych z następującem wstrzyknięciem surowicy 7, 8, 9, 10, 15, 16, 19, 21, 23, 25, 27, 29.XI, bez wstrzyknięcia surowicy 3, 8, 8, 10.XII.

Mocz z dnia 20/XI do 24/XI: N. 3.066%, amoniak 0 0504%, kwas moczowy i ciała ksantynowe 0.0756%, kwas moczowy 0.0504%, ciała ksantynowe same 0.0056%, siarka (jako SO^3) cała 0.2190%, siarka mineralna 0.1536%, siarka związana 0.0108% siarka organiczna 0.0664%. Fosfor cały 0.2379%, P_2O_5, fosforany min. 0.1152% miareczkowane uranem, wapno 0.0508% — CaO, magnezya 0.0161% — MgO, chlorki 0.232% jako NaCl, kreatynina 0.0025%, kwasu mlecznego nie znaleziono.

Mocz z dnia 27 — 29/XI: Azot 2.795%, amoniak 0.0234%, kwasy amid. 0.0068%, kwas moczowy i ciała ksantyn. 0.0572, kwas moczowy 0.0562, ciała ksantynowe same 0.0092, siarka cała 0.1476%, siarka mineralna 0.1146%, siarka związana 0.0115%, siarka organiczna 0 0330%, fosforany całe 0.1393%, fosforany mineralne 0.1106%, fosforany organiczne 0.0287%, wapno 0.0301%, magnezya 0.0174%, chlorki 0.1352%, kreatynina 0.0033%, kwas mleczny 0.0054%.

Mocz z dnia 18—19/XII: Azot 4.634%, amoniak 0.0208% kwasy amid. 0.0085%, siarka cała 0.4180%, fosfor cały 0.3620% wapno 0.0736, magnezya 0.0187, chlorki 0.2058, kreatynina 0.0050

2. K. A. lat 19., zachorował 22/XI wśród gorączki, wymiotów, bólu głowy.

Stan obecny; Drżenie oczu (nystagmus), opadnięcie lewej powieki, ciepł. 39.3, tętno 98. Wybitna sztywność karku, objawy Lasègue i Kerniga dodatnie, Mendla i Oppenheima ujemne. Odruchy z prawej silniejsze, niż z lewej. Brzuch wciągnięty.

Przebieg: Z początku wysoka gorączka zwalniająca, 38·5—40·7, trwała około 14 dni, potem przerywana (intermittens) z nizkiemi ciepłotami rano. 9/XII szybko postępujące, porażenie prawej strony z motorycznem zaniemówieniem. Po ustąpieniu nieprzytomności 10/XII zupełne rozumienie słów, ale wymawianie słów bardzo ograniczone; chory mówi tylko »tak«, jako odpowiedź na wszystkie pytania. Czynny ruch prawego ramienia i nogi zniesiony, lekkie skurczenie mięśni, objawy motorycznego podrażnienia niewyraźne. Z prawej strony porażenie n. twarzowego, typowe mózgowe, zwracanie gałek ocznych na prawo mniejsze, niż na lewo. Zniesiony odruch rogówki z prawej strony. Odruch jądrowy i brzuszny z prawej strony zniesiony, odruch kolanowy z prawej silniejszy, niż z lewej, z prawej strony dodatnie objawy Babińskiego, Mendla, Bechterewa, Oppenheima, z lewej Babińskiego. Od 14—20/XII bez gorączki, od 21—24/XII gorączka do 38·3, od 25—30/XII bez gorączki. Porażenie zostaje bez zmiany, chory bardzo wychudł. Mowa bardzo utrudniona; chory mówi tylko »tak« i »nie«, — rozumie wszystko.

Leczenie: 2 g. urotropiny dziennie, nakłucia lędźwiowe z następnem wstrzyknięciem surowicy 22, 23, 25, 28/XI i 2, 4/XII, bez wstrzyknięcia surowicy 28/XII 31/XII.

Mocz z dnia 24—26/XII: Azot 2,144%, amoniak 0.025%, amidokwasy 0.010%, kwas moczowy i ciała ksantyn. 0.0478, kwas moczowy 0.0325, ciała ksantynowe 0.0109, siarka (jako SO^3) cała 0.1137%, siarka mineralna 0.1081%, siarka związ. 0.0141%, siarka organiczna 0.0056%, fosfor cały 0.1439% jako P_2O_5, wapno 0.0404% CaO, magnezya 0.0117% MgO., chlorki 0.3348% NaCl., kreatynina 0.0025%, kwas mleczny 0.0045%.

Mocz z dnia 27—30/XII: Azot 1.085, amonak 0.025%, amidokwasy 0.009%, kwas moczowy i ciała ksantynowe 0.0504, kwas moczowy 0.0404, ciała ksantynowe 0.0100, siarka (jako SO_3) 0.1224%, siarka mineralna 0.1177, siarka związana 0.0112, siarka organiczna 0.00477, fosfor (jako P_2O_5) cały 0.1447, fosfor mineralny 0.1324, fosfor organiczny 0.0123, wapno 0.0409 CaO, magnezya 0.0149 MgO, chlorki 0.4821 NaCl, kreatynina 0.0013, kwas mleczny 0.0047%.

Mocz z dnia 3—5/I; Azot 5.264%, kwas moczowy 0,0588%, wapno 0.0745, magnezya 0.0202, chlorki 0.2352, kwas mleczny 0.0129%.

Z zestawienia naszych liczb wynika, że przy raptownem wychudnięciu wydziela się z moczem bardzo dużo siarczanów i fosforanów zarówno w formie mineralnych związków kwasu fosforowego, jak i w formie organicznej siarki i fosforu.

Zarówno w pierwszym przypadku, który zakończył się śmiercią, jak i u drugiego chorego, który dotąd żyje i prawdopodobnie żyć będzie, wydzielenie fosforanów przewyższa wydzielanie siarczanów.

Siarka organiczna, szczególniej w pierwszym przypadku, jest ogromnie zwiększona, również fosfor organiczny w pierwszym, cięższym przypadku jest o wiele wyższy, niż w drugim.

Siarka organiczna	L. I	0.0664%	—	1. tydzień
	II	0.0330%	—	2. tydzień
	K. I	0.0056%	—	1. tydzień
	II	0.0047%	—	2. tydzień

Fosfor organiczny	L	0.0287%
	K.	0.0123%

Jeżeli uwzględnimy, że cyfry te są otrzymane z bardzo pewnych wagowych analiz i porównamy ich zgodność, to musimy im przyznać pewną siłę argumentu. Wynikałoby z tych cyfr, że ciężkość przypadku mierzyć się daje ilością organicznej siarki i fosforu. Gdyby tensam stosunek panował w późniejszym okresie choroby, to wobec coraz obfitszego wydzielania siarki i fosforu rozkład tkanek musiałby być jeszcze znaczniejszy i ilość organicznych związków siarki bardzo spora. Np. siarczany:

L. I	tydzień	0.21	II tydzień	0.14	III tydzień	0 41
K. I	„	0.11	II „	0.12	III	— —

Odpowiednio zachowuje się wapno i magnezya.

L I tydz. 0,0508	II tydz. 0,0301	III tydz. 0,0736	CaO
K I „ 0,0404	II „ 0,0409	III „ 0,0745	
L I „ 0,0161	II „ 0,0174	III „ 0,0187	MgO
K I „ 0,0117	II „ 0,0112	III „ 0,0202	

I tu widzimy nietylko niezwykłą prawidłowość w postępowaniu wydzielenia z postępem choroby, ale nawet zgodność wydzielanych ilości u dwóch różnych osobników, jak gdyby proces rozkładu bez względu na żywienie chorego wyługowywał pewne składniki ustroju.

Mniej wyraźne są liczby amoniaku, kwasów amidowych i kwasu moczowego.

L. I tydz. 0,0504 II tydz. 0,0234 III tydz. 0,0207
K. I „ 0,0250 II „ 0,0250

Kwasy amidowe L II 0.0068% L III 0,0085
K. I 0,0100 K II 0,0090

Kwas moczowy L I 0,0506 II 0,0562
K I 0,0325 II 0,0404 III 0,0588%

Zaznaczmy wszelako, że amoniak zdaje się opadać w ciągu przebiegu choroby, kwas zaś moczowy stale się wzmaga, jako dowód postępującego rozkładu jądrzastych komórek, — amidowe kwasy jako dowód postępującego zaniku czynności wątroby. Zmniejszanie się amoniaku mogłoby być zresztą skutkiem podawania urotropiny, która wpływa na zasadowość krwi, a temsamem i na tworzenie się amoniaku.

Chlorki wydzielały się w okresach, jak następuje.

L. I 0,232	II 0,135	III 0,205
K. I 0‘334	II 0,482	III 0,235

Wielkiego znaczenia przypisywać im nie można, bo wskutek postępującego wycieńczenia część chlorków mogłaby zatrzymywać się w tkankach, jak zwykle przy wodnistości krwi (hydraemia).

Wydzielenie kreatyniny tak się przedstawia:

L. I 0,0025	II 0,0033	III 0,0050
K. I 0,0025	II 0,0013	III —

Wskazuje to w przypadku pierwszym, cięższym, na postępujący charakter sprawy i zgadza się z wydzieleniem kwasu moczowego.

Żeby wyrobić sobie pojęcie o ilości kwasu mlecznego, porównywaliśmy wydzielenie tego kwasu w durze z wysoką gorączką, w gruźlicy, w cukrzycy i u zdrowego, mlekiem i serem żywionego człowieka. Okazało się, że wydzielenie, stwierdzone w naszych przypadkach, znacznie przewyższa wydzielenia, spotykane w wymienionych chorobach, chociaż tam oczywiście pewien zanik tkanek odbywać się musiał.

Gruźlica 0,0044% kwasu mlecznego.
Dur 0,0046% (ciepłota 40°).
Cukrzyca 0,0027%.
Zdrowy 0,0048% (dyeta mleczna).
Zapalenie op. 0,0129%, (K. III okres).
Zapalenie op. 0,0054%, (L. II tydzień).

Nie mogliśmy niestety dla braku materyału przeprowadzić badania systematycznie. Oznaczaliśmy kwas mleczny w jednym przypadku w drugim okresie badania przy względnie dobrym stanie, a w następnym przypadku (K) w trzecim okresie, gdzie wychudzenie było bardzo znaczne. I tu szczególniej otrzymaliśmy dużą cyfrę — 0.0129%, która znacznie przewyższa cyfry, spotykane w innych chorobach. Ale nawet ta ilość kwasu mlecznego, którą u L. w II okresie widzimy — 0.0054%, jest dość znaczna i wskazuje, że przy zaniku mięśni kwas mleczny bezwarunkowo się powiększa.

Spostrzeżenie to stoi w związku z badaniami wspomnianych na początku autorów (Embden, Fürth, Lush i Mendel, Fletcher i Hopkins, Wagner i Forges itp.) i wykazuje, że zarówno czynność mięśni, jak ich zanik, doprowadzają do wydzielania kwasu mlecznego. Embden i jego szkoła otrzymywali przy wyciskaniu utartych mięśni kwas mleczny, przyczem spostrzegli różnicę między zachowaniem się mięśni gładkich i prążkowanych. Tylko prążkowane mięśnie, a więc mięśnie ruchów dowolnych, dawały kwas moczowy. Dla uzupełnienia naszych spostrzeżeń postanowiliśmy badać wydzielenie kwasu mlecznego przy zmęczeniu i w zależności od rodzaju odżywiania.

Podmiotowe wrażenia amputowanych

podał

Dr Adolf Klęsk,
szef oddziału chirurgicznego głównego szpitala rezerwowego w Krakowie.

Oddawna znaną jest rzeczą, że amputowani odczuwają po operacyi dokładnie utracone członki. Odnoszono to do projekcyi nerwowej, pamięci ruchów i t. p., nie zwracając jednak na tę sprawę większej uwagi. A jednak sprawa to niezmiernie ciekawa i dlatego mając na moim oddziale do rozporządzenia duży materyał tego rodzaju, zająłem się tą sprawą i zebrałem wiele ciekawych szczegółów.

Co najpierw uderza, to fakt, że kaleka z amputowaną kończyną górną czuje dokładnie długi czas swą straconą kończynę w pewnem ułożeniu, a jest to zwykle uczucie trzymania ręki na temblaku, o ile amputacyi dokonano wtórnie, lub też uczucie pewnych ruchów czy też ustawienia palców, jeżeli amputowano odrazu.

Tak n. p. podają chorzy, że czują doskonale, iż ruszają palcami, albo też, że palce mają rozstawione, albo na odwrót stulone.

Nierzadko odczuwają także dokładnie tętnienie krwi w ręce. Niektórzy odczuwają nawet szczególnie tkliwe miejsca, zwykle na dłoni. Wrażenia te występują zwykle wyraźniej podczas zimnego powietrza.

Zwykle w myśli chorego pozostaje to ułożenie kończyny, jakie miał bezpośrednio przed operacyą.

Bywają chorzy, którzy doskonale czują, że kończyna ich skraca się stopniowo. Wrażenia te mogą występować nietylko zaraz, ale także i w pewien czas po operacyi. Z początku n. p. chory czuje doskonale, że niema kończyny i dopiero w pewien czas zaczyna doznawać owych złudnych wrażeń. Zwykle czują chorzy najwyraźniej palce, rzadziej już ruchy ręki lub łokcia.

Przeważnie wrażenia te znikają w pół do jednego roku, zwłaszcza u tych, którym amputowano prawą kończynę, gdy wykształcą sobie lewą. Po amputacyi kończyny lewej utrzymują się nieraz długo.

Jeden z chorych moich, młody, 21-letni żołnierz, u którego w marcu 1915 dokonano wyłuszczenia barku, zaczął się po operacyi zaraz jąkać. W miarę jednak nauki pisania lewą ręką, jąkanie to ustępuje. Spostrzeżenie to odnieśćby można do hamującego działania nie działającego ośrodka kończyny górnej prawej (pismo) na ośrodek ruchowy mowy.

Niezmiernie często chorzy po amputacyi śnią długi czas jeszcze, że mają kończynę, że nią władają dobrze, bardzo natomiast wyjątkowo z początku śni się im, że kończyny już niema. Podobne sny spotkałem tylko u jednego, i to bardzo inteligentnego chorego.

Typowe są też wrażenia tych, u których amputowano kończynę dolną. Odczuwają oni doskonale palce, ruchy stopy, kolana, a często skarżą się na ból w pięcie. Nierzadko mają też wrażenia drętwienia palców, a nawet kurczu łydki.

Niektórzy mają wrażenie, że zakładają kolano na kolano. Wrażenia te występują zwykle wyraźniej przy zmianie powietrza.

Również i ci chorzy śnią często, że mają jeszcze kończynę, że na niej stoją, chodzą po ziemi, wstępują po schodach i jeżdżą konno. Jeden z chorych miewał sny tak wyraźne, że razu

pewnego po obudzeniu zszedł nawet z łóżka, zapomniawszy, że niema kończyny, i dopiero upadłszy na ziemię, przypomniał sobie swoje kalectwo. Sny te ustępują zwolna w miarę przyzwyczajania się do protezy.

Zaznaczyłem tutaj w krótkości te ciekawe fakta, które mogą stanowić ciekawy temat badań psychologicznych.

Wrażenia te dowodzą zarazem, że tak zwany obraz i pamięć ruchu są u człowieka bardzo wyraźne. U porażonych n. p. po przestrzeleniu nerwu znikają one zwykle, wracając nieraz potem po operacyi, n. p. zeszyciu nerwu, wcześniej, nim wystąpią próby ruchu dowolnego. Zachodzi tu jednak duża różnica. Kaleka po amputacyi czuje, że rusza palcami, choć wie, że ich niema, porażony zaś czuje, że ma palce, lecz nie może nimi poruszać. W pierwszym przypadku złudzenie jest tak silne, że kaleka niemal mu wierzy, w drugim zaś obserwacya kończyny hamuje owe wrażenia, prostując dosadnie mylne przypuszczenie.

Przychodzi jednak chwila, że chory taki zaczyna »czuć«, że ruch wykona, choć go jeszcze wykonać nie może. Przez wysiłek woli, ćwiczenia i t. p. zwykle wtedy w końcu zacznie chory poruszać daną grupą mięśni i ruch ten występuje nieraz na kilka tygodni, a nawet miesięcy wcześniej, nim powróci pobudliwość elektryczna.

Po amputacyi zjawiają się czasem i inne wrażenia nerwowe, które Gubber zalicza do t. zw. »ech bólu« [1]. N. p. Weir-Mitchell spostrzegał w jednym przypadku silne bóle w kikucie lewego ramienia przy każdorazowem ziewnięciu. Richet wspomina o chorym, cierpiącym na zapalenie cewki i pęcherza, u którego równocześnie musiano odjąć ramię lewe. Przy oddawaniu moczu, prócz bólów w cewce, doznawał ten chory zawsze strasznych bólów w kikucie amputacyjnym. Podobne omamy bólowe spotykamy często także przy uszkodzeniach nerwów, o czem wspomnę na innem miejscu.

Zebranie podmiotowych wrażeń u kalek po amputacyi może dostarczyć wielu ciekawych i nowych faktów i dlatego też zachęcam gorąco do tego, co wobec ogromnego materyału obecnie jest łatwą rzeczą.

[1]) Obacz: Klęsk: Studyum bólu fizycznego. Przegląd lek. 1905.

W sprawie oddziału kiłowoskórnego w szpitalu lwowskim i zwalczania chorób wenerycznych w kraju

napisał

Dr Jan Lenartowicz,

prymaryusz oddziału kiłowoskórnego dla kobiet we Lwowie.

(Memoryał przedłożony Wydziałowi krajowemu w lutym 1916).

Oddział kiłowoskórny dla kobiet w kraj. szpitalu powszechnym we Lwowie już oddawna wymagał gruntownego zreformowania, jako nieodpowiadający dostatecznie swemu celowi, tak ze względu na ilość łóżek, jakoteż ze względu na kardynalne braki co do miejsca, wadliwego rozkładu ubikacyi i niedostatecznych urządzeń wewnętrznych. Większość tych braków wytknąłem już raz w memoryale swym w roku 1912, kiedy to z okazyi akcyi prymaryuszów szpitala krakowskiego i lwowskiego, żądającej rozszerzenia tychże szpitali, każdy z prymaryuszów podał na piśmie braki swego oddziału i przedstawiał wnioski w sprawie jaknajrychlejszego ich usunięcia.

W memoryale ówczesnym dość obszernie wykazałem na podstawie prostego rachunku, że nietylko ilość ubikacyi jest, jak na owe już czasy, zgoła niewystarczającą, ale co więcej, łóżka na poszczególnych salach tak gęsto obok siebie pomieszczone, że ani na jednej sali nie było łóżka, któreby zajmowało prawami higieny przepisaną przestrzeń 8 m², natomiast były i są do dziś sale, w których na jedno łóżko wypada zaledwie $2^1/_2$ m² do 3·6 m². W tymże memoryale wykazałem, jak iluzoryczną jest w podobnych warunkach możność należytego oddzielenia chorób wenerycznych od skórnych, chronienie chorych przed przypadkowem zakażeniem, oddzielanie prostytutek od chorych, nic wspólnego z prostytucyą nie mających, lub choćby od niewinnych dzieci, narażonych na demoralizujący wpływ otoczenia jedynie dlatego, że z braku miejsca na racyonalny podział nigdy nie było można sobie pozwolić. Braki przy niewielkiej stosunkowo liczbie chorych były już wówczas tak rażące, że nawet nielekarzowi rzucały się wprost w oczy i nie wymagały żadnego większego trudu, żadnych specyalnych obliczeń do do ich wykazania. Dziś, po trzech latach, po raz drugi mam sposobność zabrać głos na tensam temat, wśród tych samych, a przecie stokroć gorszych warunków. Co się zmieniło na gorsze, a co na lepsze, niech wykażą daty statystyczne. Od roku 1910 aż po pierwsze dni września 1915 leczono na 89 łóżkach oddziału kiłowoskórnego kobiet:

W roku	wenerycznych	skórnych	razem	Liczba dni leczenia chor. wen.
1910	708	524	1232	
1911	676	530	1206	
1912	631	628	1259	
1913	733	670	1403	20342
1914	711	664	1375	
1915 1. IX.	966	465	1435	51629
1915 31. XII.	1656	684	2340	

Zestawienie to aż nadto wymownie wykazuje, jak »odpowiednio« przystosowany był oddział kiłowoskórny kobiet szpitala powszechnego we Lwowie do pomieszczenia wzrosłej nagle liczby chorych kiłowoskórnych. Prawda, że wzrost ten powstał nagle, prawda, że wzrost ten wywołany został niezwykłymi warunkami, bo klęską toczącej się obecnie wojny, ale też ten oddział już i za czasów pokojowych celowi swojemu nie odpowiadał, choćby ze względu na samą szczupłość miejsca i zły rozkład ubikacyi. Gdy do pierwszych dni września 1914 r. na tejsamej liczbie 89 łóżek mieszczono w tymże roku 980 chorych kiłowych i skórnych, to w roku 1915 w tym samym okresie na tej samej liczbie 89 łóżek musiano pomieścić 1431 chorych kiłowoskórnych.

A nadwyżka ta w chorych, które musiały być mimo braku miejsca przyjmowane i leczone, przypada jedynie na chore kiłowe, bo gdy w roku 1914 do 1. września leczono samych wenerycznych 536, to w r. 1915 w tymże okresie czasu, a więc do 1. września, leczono samych wenerycznych aż 996, a więc o 430 więcej, niż wogóle normalnie pomieścić było można. Niemal dwukrotnie większą liczbę chorych wenerycznych musiano leczyć na tej samej, nigdy nie wystarczającej liczbie łóżek. Doprawdy, zestawienia statystyczne wprawiają mnie samego w podziw, że coś podobnego przetrwać było można, i to przetrwać przy zmniejszonej liczbie lekarzy. Oddział rósł i pęczniał z każdym dniem, chore poczęły się buntować, nie mogąc dłużej ścierpieć okropnych warunków, trzeba było pomyśleć natychmiast o rozszerzeniu oddziału, choćby kosztem zmniejszenia i zwinięcia innych, równie potrzebnych oddziałów. Dobierane co jakiś czas sale z innych oddziałów, uszczuplanych i ścieśnianych, pomijając już niewygodę ich rozrzucenia, okazały się już niewystarczające, zwłaszcza, że nadsyłano nam do przymusowego leczenia chore wenerycznie nietylko ze Lwowa, ale z rozmaitych stron Galicyi, a nawet z okupowanych części Królestwa Polskiego. W Brodach ewakuowano oddział chorych wenerycznych i w jednym dniu dostawiono na nasz oddział 25 kobiet wenerycznych do przymusowego leczenia. Średnia liczba chorych dzienna wahała się w sierpniu 1915 między 230 a 250, gdy po inne lata z racyi prac w polu utrzymywała się na wysokości 60 do 70, nigdy tej cyfry nie przekraczając.

Stan, wyżej opisany, skłonił Dyrekcyę szpitala do szukania nowego pomieszczenia dla tak gwałtownie wzrastającego oddziału. W miarę sił i możności zapobiegano złemu i stworzono »paliatyw«, który z konieczności trzeba tolerować, ale który bynajmniej nie odpowiada celowi, a jest tylko stanem przymusowym, chciejmy wierzyć przejściowym, o ile Rząd zechce przyjść z pomocą, tak jak przyobiecuje. Dawny oddział kiłowoskórny kobiet, wymagający koniecznie powiększenia, a liczący 89 łóżek, przerobiono i zaadaptowano dla pomieszczenia oddziału wewnętrznego mężczyzn, a liczbę 250 chorych kiłowoskórnych kobiet rozmieszczono na 2 obszerniejszych oddziałach: na dawnym oddziale wewnętrznym mężczyzn i na zmniejszonym co do liczby chorych oddziale kiłowoskórnym męskim. Zyskano przez to sztucznie, prostem zepchaniem nadmiernej liczby łóżek, »pomieszczenie« dla 250 chorych (czytaj 250, 270, 300 i więcej, gdyby taka ilość chorych wymagała szpitalnego leczenia). Zwinięto zupełnie oddział nerwowo chorych dla kobiet i utknięto przed faktem, że już dalej kosztem ofiar innych oddziałów rozprzestrzeniać się nie można. Można i trzeba w miarę potrzeby wzrastać w liczbę chorych, wymagających przyjęcia, ale nie można

już nawet marzyć o zyskaniu dalszego wzrostu potrzebnych ku temu ubikacyi i łóżek. A jednak paliatyw, jaki stworzono, był konieczny i był rajem wobec dawnego pomieszczenia. Że był konieczny, wskazuje fakt, że już we wrześniu na 230 nowo uzyskanych łóżkach pomieszczono nawet 275 chorych wenerycznoskórnych. I nie był to stan jakiś przypadkowy, jakiś wzrost chwilowy, bo jeśli wglądniemy w statystykę, to znów przekonamy się, że powiększenie oddziału kiłowoskórnego kobiet było naglącą i niezbędną koniecznością.» Od września bowiem do końca grudna pomienionego 1915 roku leczono samych wenerycznych na nowo kreowanym oddziale okrągło 690, czyli w 4 miesiącach tyle, albo i więcej, co w latach przedwojennych przez rok cały.

Przypatrzmy się dniom leczenia i dla przykładu zestawmy daty z r. 1913 z datami statystycznemi r. 1915 co do wenerycznie chorych, a otrzymamy wprost potworne różnice. Gdy w r. 1913 na 89 łóżkach dla wenerycznych i skórnych leczono samych wenerycznych średnio dziennie 55·6, to w r. 1915 leczono samych wenerycznych średnio dziennie aż 141·4, a więc liczbę niemal trzykrotnie większą. W r. 1913 ogólna roczna liczba dni leczenia 733 chorych wenerycznych wynosiła 20.342 dni, w r. 1915 natomiast 1656 chorych wenerycznych potrzebowało 51.629 dni leczenia. A że mimo okropnych warunków pomieszczenia, mimo stałego przepełnienia oddziału, mimo braku sił lekarskich (prymaryusz i jeden tylko sekundaryusz), nie ułatwialiśmy sobie pracy zbyt wczesnem wypuszczaniem chorych z oddziału, nad miarę przepełnionego, że istotnie przetrzymywaliśmy chore mimo wszystko aż do chwili ich istotnego i zupełnego wyleczenia, niech zaświadczą cyfry średnie dni leczenia dla wenerycznych z r. 1913 i z r. 1915. Gdy w r. 1913 średnia liczba dni leczenia dla wenerycznych wynosiła 27·7 dni, to w r. 1915 aż 31·1. Ta zwyżka 3·4 średnio dni leczenia w r. 1915 nie tłómaczy się gorszą opieką lekarską nad choremi, zaniedbywaniem wykonywania zabiegów leczniczych, ale jedynie ciężkiemi zmianami chorobowemi, częstemi powikłaniami; a co najważniejsze, ogromną ilością wrzodów miękkich w okolicy odbytnicy, trudnych do gojenia i wymagających dłuższego czasu leczenia. Gdyby nawet zwyżkę dni leczenia tłómaczyć gorszą opieką nad choremi, to i to jeszcze możnaby brać na karb zmniejszonej liczby lekarzy. To też przy reformie i powiększeniu oddziału winno się bezwarunkowo pamiętać o pomnożeniu sił lekarskich oddziału.

Jeżeli cyfry te, zaczerpnięte nie z fantazyi, ale z aktów szpitalnych, weźmie się pod nieuprzedzoną rozwagę, jeśli się zważy te zmagania między brakiem pomieszczenia a ilością chorych, wymagających w interesie kraju i państwa bezwarunkowo i koniecznie leczenia, to chyba o brak dobrej woli, o brak starań w celu zwalczania chorób wenerycznych, — ani krajowego szpitala powszechnego we Lwowie, ani kraju posądzić nie można. Krajowy szpital powszechny we Lwowie, a z nim kraj, w interesie dobra publicznego, w interesie armii, w interesie społeczeństwa i zdrowotności przyszłych pokoleń zdziałał wszystko, co mógł wśród najtrudniejszych warunków zdziałać na tem polu, w każdym razie więcej, niż Rząd, który do tej pory, o ile mnie przynajmniej wiadomo, na tem przynajmniej polu ani halerzem nie przyszedł krajowi z pomocą. Już w początkach września 1915 r. zrobił samorzutnie i bez najmniejszego przyczynienia się ze strony Rządu, nawet bez jego poleceń, szpital powszechny we Lwowie to, do czego dopiero okólnikiem z dnia 28. grudnia 1915 L. VII b. 149.352 wzywa c. k. Namiestnictwo, żądając »o ile możności jak najrychlej przedłożenia właściwych swoich wniosków i zapatrywań w powyższej doniosłej dla ogółu sprawie«.

Okólnik ten wita szpital krajowy powszechny we Lwowie, jako akt dobrej woli ze strony Rządu, i wierzy, że Rząd energicznie i wydatnie przyjdzie krajowi z pomocą na polu racyonalnego zwalczania chorób wenerycznych. A pomoc Rządu jest konieczna, bo wzrost chorób wenerycznych zastraszające przybiera rozmiary, bo walcząc z niemi dotąd bez przyczynienia się Rządu, walczymy ostatkami i gdyby przyszło w takich, jak dotąd warunkach dalej pracować, gdy wyniki pracy nie będą owocne, nie naszą będzie winą. Z wiarą w lepszy wynik walki z chorobami wenerycznemi wita szpital powszechny we Lwowie reskrypt Ministerstwa spraw wewnętrznych z 5. listopada 1915 l. 15.357/S, w którym powiedziano, że »równocześnie zastrzegło sobie Ministerstwo każdorazowe przyznanie zasiłków państwowych na urządzenie podobnych zakładów« (rozszerzenie istniejących przy szpitalach oddziałów dla kobiet, dotkniętych chorobami płciowemi). Jedynie ta wiara w przyrzeczenie Ministerstwa spraw wewnętrznych, jako też polecenia Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 7. listopada 1915 L. 15.180/S, mówiące wyraźnie: »Diese Mitwirkung darf sich aber nicht auf die blosse Hinausgabe von Weisungen und Erlässen beschränken, Aufgabe der Behörden ist es vielmehr, ihr wachsames Augenmerk darauf zu richten, dass die als richtig anerkannten Verfügungen auch tatsächlich eingehalten werden«, podtrzymuje w nas przekonanie, że akcya zwalczania chorób wenerycznych nie pozostanie akcyą na papierze, ale że Namiestnictwo, po przedłożeniu odpowiednich wniosków przez Wydział krajowy, uzyska u Rządu potrzebne na ten cel fundusze i istotnie pomoże, ażeby »uznane za konieczne zarządzenia« jak najrychlej w czyn wprowadzić.

Zwalczanie chorób wenerycznych w Galicyi przy pomocy krajowych szpitali wyobrażam sobie w ten sposób, że osoby wenerycznie chore, a oddające się prostytucyi jawnej i tajnej, będą przymusowo odstawiane do szpitali i tak długo w nich przymusowo leczone, póki wszelkie choćby najdrobniejsze objawy chorobowe doszczętnie nie ustąpią. Osoby takie, prostytutki jawne i tajne, muszą pozostawać pod kontrolą policyjną i przy dostrzeżeniu jakichkolwiek najdrobniejszych zmian, być dostawiane natychmiast do leczenia szpitalnego. Wszelkie ambulatoryjne leczenie wenerycznie chorych prostytutek jawnych, czy tajnych, jakoteż osób, co do których istnieje uzasadnione przypuszczenie, że ambulatoryjne leczenie będą zaniedbywać, uważałbym za niedopuszczalne, a w każdym razie za niedostateczne. Jedynie internowanie chorych wenerycznie daje gwarancyę, że chore takie nie będą źródłem nowych zakażeń. Urządzanie, choćby bezpłatnych, ambulatoryów i bezpłatne wydawanie leków dla wenerycznych ubogich jest tylko półśrodkiem w zwalczaniu chorób wenerycznych, półśrodkiem dlatego, że leczy się chorego lub chorą bez możliwości kontroli nad tem, czy ten chory lub chora, lecząc się ambulatoryjnie, w ciągu samego leczenia nie zakaża choćby swojego najbliższego otoczenia w domu, czy przestrzega zleceń lekarskich i wstrzymuje się od obcowania płciowego. Leczenie ambulatoryjne ma jeszcze i tę złą stronę, że skierowuje pewną grupę, zwłaszcza prostytutek tajnych, do ambulatoryów, zamiast do szpitali i zamiast internowania, choćby dobrowolnego, szpitalnego, pozostawia tym osobom aż za wiele swobody i sposobności do rozszerzania choroby. Jeśli nie będzie ambulatoryów bezpłatnych i bezpłatnego rozdawnictwa leków, pewna pokaźna liczba z tych osób, któreby chciały korzystać z bezpłatnych i aż nadto wygodnych wizyt ambulatoryjnych, będzie zmuszona prosić o przyjęcie do szpitala, a temsamem będzie się dobrowolnie internować. Chore takie, w chwili zgłoszenia się do szpitala, jako samozgłaszające się mogłyby podpisać rewers, że obowiązują się zostać w szpitalu aż do zupełnego wyleczenia i że w razie przedwczesnego opuszczenia szpitala upoważniają szpital do doniesienia o nich policyi, jako o chorych, mogących zakażać. Takim chorym jednak, które się same zgłaszają, choćby niemi były nawet prostytutki tajne, trzeba przyznać pewne beneficya szpitalne, jak n. p. oddzielenie ich od prostytutek jawnych, wygodniejsze sale, lepszy wikt, wogóle odsunięcie od nich możliwie daleko całej tej mizeryi szpitalnej, która od szpitala nawet dobrowolnie zgłaszających się, odstrasza. Osobno powinny być pomieszczone dobrowolnie zgłaszające się mężatki, nieletnie dziewczęta, lub dzieci, bo nie może im być miłe towarzystwo zwyrodniałych często prostytutek. Nikomu z wenerycznie chorych, zgłaszających się dobrowolnie do leczenia szpitalnego, nie wolno odmówić przyjęcia ze względu na brak pomieszczenia, owszem oddziały powinny być obliczone na jaknajwiększą liczbę chorych, z możliwie wygodnem dla nich pomieszczeniem, z urządzeniem klasy II, a nawet I. Ważnem jest ścisłe przestrzeganie tajemnicy lekarskiej co do chorych, zgłaszających się dobrowolnie, bo często obawa przed ujawnieniem tajemnicy wstrzymuje te chore od wstąpienia do szpitala.

Jak przygotować szpitale krajowe, a względnie oddziały weneryczne, przy nich istniejące, do planowej akcyi zwalczania chorób wenerycznych, których nadmierny wzrost w czasie toczącej się wojny i (nie tajmy prawdy przed sobą) na długo po jej ukończeniu wymaga i dziś na najbliższe następne lata szczególnych wysiłków ze strony szpitalnictwa krajowego? Odpowiedź prostą; przygotować je jak najlepiej, urządzić je według nowoczesnych wymogów i sztuki lekarskiej i potrzeb społecznych. Przy urządzaniu zaś nie trzymać się zasady taniości, jako jedynej wytycznej i zasady tymczasowości, urządzania na razie i na prędce, ale przyjmując oszczędność, jako rzecz konieczną, oszczędnie stworzyć rzeczy ile możności wzorowe i dobre. Na pierwszy plan wysuwa się pytanie, co lepiej, czy stworzyć dużą ilość małych oddziałów wenerycznoskórnych, rozrzuconych po rozmaitych punktach kraju, t. j. przy każdym istniejącym szpitalu prowincyonalnym, czy też stwarzać większe i dobrze wyposażone oddziały w większych miastach, centralizując ile możności

akcyę w kilku ogniskach. Zdaje mi się, że lepiej dążyć do centralizacyi, a to z wielu powodów. Większe miasta, jako centra naukowe, rozporządzają większą liczbą lekarzy specyalistów, mają lepiej rozwiniętą i zorganizowaną służbę policyjnosanitarną, są w czasie pokoju, a śmiem twierdzić, i w czasie wojny, największemi źródliskami zakażeń wenerycznych, są jakby centrami, z których zakażenie w coraz szersze rozlewa się kręgi, a więc tu przedewszystkiem powinny być budowane twierdze ochronne przeciw szkodliwym skutkom prostytucyi. Oddziały wenerycznoskórne, choćby najlepiej urządzone, przy szpitalach prowincyonalnych są dla tych szpitali zawsze balastem, są koniecznem złem, któremu ani dość czasu, ani dość uwagi przy innych bardziej naglących sprawach lekarskich poświęcić nie można. Dodajmy do tego, że oddziały te są źle urządzone, że nie leczą w nich specyaliści, bo żaden specyalista ze swej specyalności na prowincyi wyżyć nie może i do prowincyi się nie garnie, a spostrzeżemy, że oddziały weneryczne na prowincyi nie mają racyi bytu, przynajmniej w dzisiejszych czasach, a jeśliby je stworzono »ad hoc«, nie mogłyby z wielu względów odpowiedzieć należycie swemu zadaniu. Od chorych przysyłanych z prowincyi nierzadko dowiadywałem się, że wizyta na oddziale kiłowoskórnym odbywa się dorywczo, nieregularnie, czasem zaledwie dwa do trzy razy w tygodniu. W Przemyślu n. p. do r. 1906 oddział kiłowoskórny męski miał pod swoją opieką okulista, weneryczny żeński miał pod opieką ginekolog, obaj bardzo tęgzy specyaliści, ale tylko w swoim dziale. A przecież Przemyśl nie jest bynajmniej miastem, w którem leczenie chorób wenerycznych mogłoby być rzeczą obojętną.

Za centralizacyą przemawia także ta okoliczność, że centralizacya ułatwia sprężystość stosowania przepisów w sprawie zwalczania prostytucyi. Opracowany przez c. i k. Komendę armii nowy, obowiązujący już dziś regulamin dla prostytucyi wprowadza szereg zarządzeń, których ścisłe i sumienne przestrzegaganie z pewnością łatwiej w praktyce da się przeprowadzić przy centralizacyi ognisk, zwalczających niebezpieczeństwo prostytucyi, niż przy ich rozproszeniu. Gdyby ten regulamin prostytucyi, zawierający szereg doniosłych i z pewnością koniecznością podyktowanych przepisów, można stosować z całą ścisłością (a do tego bezwarunkowo dążyć należy), niebezpieczeństwo chorób wenerycznych i ich rozszerzanie się z pewnością zmaleje. Stosować zaś będzie można w praktyce przepisy owego regulaminu, zdaniem mojem, łatwiej przy centralizacyi, przy współdziałaniu ognisk centralnych z centralnemi, niż przez rozproszone instancye. Najważniejszym z owego regulaminu i zdaniem mojem najdonioślejszym w zwalczaniu chorób wenerycznych jest przepis, wymagający stałego współdziałania organów policyjnosanitarnych ze szpitalami, jako z miejscami jedynego racyonalnego leczenia chorób wenerycznych. Według tego przepisu »curriculum vitae« czy »imago sanitatis« każdej jawnej czy tajnej prostytutki, wpisywane skrzętnie przez lekarzy policyjnych i lekarzy szpitalnych, ma wędrować, iść za prostytutką wszędzie, jak jej cień, i każdorazowo dawać lekarzowi pewny wgląd, w jakim okresie choroby dana prostytutka się znajduje. Przepis ten idzie tak daleko, że wymaga, aby chore weneryczne odstawiano ile możności zawsze do tych szpitali, gdzie zaczęły leczenie, a tylko w razie nadzwyczajnych przeszkód do innego szpitala. Jest więc wyraźne nawoływanie do ścisłego współdziałania szpitali z władzami policyjnosanitarnemi. Na konieczność współdziałania szpitali z władzami policyjnosanitarnemi, co więcej, na konieczność prowadzenia wspomnianego wyżej »imago sanitatis« w tym duchu, jak go dziś wprowadza nowy regulamin, zwracałem uwagę w lutym r. 1910 na posiedzeniu Kraj. Rady zdrowia, zwołanem umyślnie dla tej sprawy. Również podnosiłem wówczas konieczność wprowadzenia w biurach policyjnosanitarnych kosztem państwa takich urządzeń (mikroskopów podręcznych, pracowni), któreby pozwalały lekarzom na posługiwanie się nowszemi metodami badania. Dziś postulaty te reskryptem Ministerstwa spraw wewnętrznych (Oest. Sanitätswesen 1915 Nr 43/48 str. 1561) mają być w czyn wprowadzone i praktycznie zastosowane. Wydaje mi się jednak ta rzecz daleko łatwiejszą do przeprowadzenia przy centralizacyi, a więc w miastach większych, jako w ogniskach nauki, w miastach zasobnych w specyalistów, niż na prowincyi. Te, powyżej wyłuszczone, a może i inne jeszcze względy, których w krótkim memoryale dość obszernie omówić nie można, skłaniają mnie do przypuszczenia, że przy zwalczaniu chorób wenerycznych należy akcyę o ile możności scentralizować, a nie rozpraszać. Przy centralizacyi akcyi, mającej zwalczać choroby weneryczne, łatwiej będzie, zdaje mi się, wprowadzić też pewne urządzenia, mające na celu kwestye społeczne, jak n. p. poruszone w okólnikach Namiestnictwa roztoczenie opieki nad pozbawionemi pracy lub przytułku kobietami, tworzenie takich przytułków i domów pracy dla chorych płciowo kobiet i t. p.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna. Epidemiologia. Higiena społeczna.

Epidemia gorączki powrotnej w Krakowie w r. 1878 miała swój wyraz także we współczesnem piśmiennictwie lekarskiem, i to poważny. W tym względzie musimy sprostować artykuł kol. T. Mączki (ogłoszony w Nr 12 »Przeglądu lekarskiego« r. b.), aby uchylić przypuszczenie, jakoby ówczesne pokolenie lekarzy tę nieczęstą, a rozległą epidemię pominęło milczeniem i nie wyzyskało dla nauki. Mianowicie wyszły w r. 1878 o krakowskiej epidemii następujące rozprawy: Dr Augusta Kwaśnickiego: »Gorączka powrotna wieku dziecięcego« (w »Przeglądzie lek.«), Lutostańskiego: »Uwagi i wnioski z powodu panującej gorączki powrotnej« (w »Dwutygodniku med. publ.«), nadto Warschauera: »List z Krakowa o gorączce powrotnej« i anonimowy artykuł »Dur powrotny w Krakowie« (w »Przeglądzie lek.«). W Towarzystwie zaś lekarskiem krakowskiem odbył się wykład prof. Browicza i Ponikły: »O tyfusie powrotnym w Krakowie«, a po nim obszerna dyskusya (ob. »Przegląd lek.« 1878). — Stwierdziliśmy także, że ówczesny redaktor »Przeglądu lekarskiego«, prof. Blumenstok, starał się usilnie o publikacyę materyału epidemiologicznego ze szpitala św. Łazarza, jednakże bez wyniku.

Redakcya.

Polskie Towarzystwo medycyny społecznej w Warszawie nadesłało nam następujący komunikat:

Grono lekarzy, skupione w wyborczym Komitecie demokratycznym lekarskim, postanowiło, po dokonaniu wyborów do Rady miejskiej, nie rozwiązywać się, lecz stworzyć zrzeszenie ściślejsze, któreby odnowiło tradycyę zamkniętego w roku 1906 »Związku lekarzy polskich« i podjęło zadanie pracy twórczej nad rozwojem naszej kultury demokratycznej w zakresie lekarskim. W ten sposób powstało Polskie Towarzystwo medycyny społecznej.

Zgodnie z założeniem obmyślono organizacyę tak, ażeby zrzeszeniu najbardziej pracę ułatwić i zapewnić największą tej pracy wydajność. Wysunięto na czoło szereg zadań najpilniejszych w zakresie medycyny i higieny społecznej, na których urzeczywistnienie społeczeństwo nasze czeka oddawna.

Powstały komisye dla opracowania każdego z tych zagadnień i stworzono z nich oddzielne organizacyjne Towarzystwa. W ten sposób jednostkami składowemi nowego zrzeszenia nie są właściwie członkowie oddzielni, lecz zbiorowiska członków, skupione około jakiegoś zagadnienia konkretnego. Komisye posiadają własne ośrodki organizacyjne, zarządy, czuwające nad biegiem prac komisyi i za nie odpowiedzialne; przewodniczący komisyi wchodzą do Zarządu ogólnego, jako jego członkowie, stwarzając w ten sposób łącznik pomiędzy komisyami, a Zarządem. Ten typ zrzeszenia, nieco odmienny od zwykle praktykowanych w instytucyach tego rodzaju, wydawał się organizatorom najodpowiedniejszy w stosunku do zadań, jakie sobie postawili.

Członkowie winni uczestniczyć w pracach przynajmniej w jednej z istniejących komisyi; t. zw. członkowie martwi, t. j. opłacający składki, lecz nie uczestniczący czynnie w pracach Towarzystwa, są uważani za zbytecznych.

Jak dotychczas, ukonstytuowały się następujące komisye: 1) szpitalnictwa, 2) opieki nad psychicznie chorymi, 3) opieki nad młodzieżą, 4) zawodowo lekarska, 5) medycyny wojennej, 6) zdrowotności publicznej, obejmująca podkomisye: a) walki z chorobami wenerycznemi, b) walki z chorobami zakaźnemi i gruźlicą, c) walki z alkoholizmem, d) walki ze ślepotą, e) inspekcyi pracy fabrycznej, f) urządzeń sanitarnych.

Najbliższe zagadnienia, które, opracowane przez komisye oddzielne, wniesione zostaną na porządek dzienny zebrań dyskusyjnych i posłużą za podstawę do opracowania memoryałów

w celu przedstawienia ich władzom samorządowym, co stanowi jedno z naczelnych zadań Towarzystwa, są następujące: Sprawa reorganizacyi przychodni szpitalnych, sprawa leczenia gruźliczych na ogólnych oddziałach szpitalnych, sprawa braku oddziałów dla nerwowo chorych w szpitalach warszawskich, sprawa braku oddziałów dla chorych laryngologicznych, sprawa ustawy szpitalnej, potrzeby psychiatryczne Warszawy, organizacya opieki higieniczno-lekarskiej w początkowych szkołach miejskich, walka z chorobami zakaźnemi w szkole, sprawa utworzenia Izby lekarskiej u nas, sprawa ubezpieczenia lekarzy na wypadek śmierci i niezdolności do pracy, ułożenie formularza i instrukcyi badań popisowych, program wykładów dla sanitaryuszów armii polskiej, kontrola produktów spożywczych u nas i w Europie zachodniej, stan współczesny lecznictwa i walki z chorobami wenerycznemi w Warszawie, sprawa mieszkaniowa.

Dnia 30. sierpnia odbyło się zebranie dyskusyjne na temat: »Śmiertelność dzieci u nas« (referent Dr Szenajch), które dostarczyło materyału do memoryału, wniesionego przez Towarzystwo do Zarządu miasta.

Zarząd Towarzystwa tworzą: R. Radziwiłłowicz (przewodniczący), Z. Kramsztyk (zastępca przewodniczącego), W. Knappe (sekretarz), K. Pawlikowski (skarbnik), M. Bornsztajn, W. Szenajch, J. Szmurło i L. Wernic (członkowie), oraz przewodniczący komisyi: Koral, Małynicz, Szokalski, Zakrzewski i Zapasiewicz. Składka członkowska wynosi rubli sześć rocznie.

W sprawie t. zw. grzybka japońskiego otrzymujemy następujące uwagi:

»Z Warszawy dostał się w roku 1914 do Krakowa, t. zw. »grzybek japoński«. Od wiosny tego roku rozpowszechnia się, coraz bardziej jego użycie w Galicyi. Rozdawany »z życzliwości« z domu do domu, zjednywa sobie rozgłos wielkiej skuteczności w cierpieniach przewodu pokarmowego, pęcherza moczowego, nerek i w zboczeniach przemiany materyi. Dotąd nikt się nim u nas naukowo nie zajął, nie zbadał i nie orzekł, co to za grzybek, czy to środek pomocny, na co, jak i kiedy, — czy może szkodliwy. Nasi przyrodoznawcy i biologowie powinniby się tem zająć i ten grzybek japoński, bardzo już rozgłośny, jeśli pożyteczny, zaliczyć do środków leczniczych, a w przeciwnym razie umiejętnie go potępić i z użycia raz na zawsze wyrugować. Rozprawa z tym środkiem, uprzedzam, nie będzie tak łatwa. Ma on już wśród publiczności swoją sławę i rozszerzony jest znacznie. W Krakowie sprzedają go w mleczarni »Laktol« przy ul. Karmelickiej 15, gdzie wyrabiają też »kwasek japoński« t. j. herbatę słodzoną cukrem, w której grzybek japoński moczy się przez całą dobę. Taki nastój herbaciany zalecają, jako lekarstwo, w ilości jednej szklanki, wypijanej na noc. Nastój zalecają zmieniać po każdej dobie świeżą herbatą, zawsze osłodzoną. Nie odświeżany przechodzi prędko w ocet. Grzybek japoński przy regularnej zmianie herbaty, co 24 godzin, rozrasta się widocznie, tworząc masę na pół zbitą, galaretowatą, dość gładką, zwykle płaską, szaro-ciemną. Dr Tomasz Mączka«.

W sprawie sprowadzania przyrządów i narzędzi lekarskich z Niemiec zawiadamia Ministerstwo spraw wewnętrznych (4227/5 z 19. IV. 1916), że lekarze praktykujący i zakłady lecznicze, potrzebujący fabrykatów, zawierających gumę, nikiel, glin (aluminium) lub antymon, o ile ich w Austryi dostać nie można, muszą starać się o pozwolenie wywozu z Niemiec za pośrednictwem Ministerstwa spraw wewnętrznych, używając do tego przepisanych formularzy.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Frekwencya na wydziałach lekarskich w półroczu letniem 1916 wynosiła: w Krakowie 205 słuchaczy i 79 słuchaczek zwyczajnych, 1 słuchacz nadzwyczajny i 3 hospitantki, razem 288; we Lwowie 139 słuchaczy i 104 słuchaczki zwyczajne, razem 243. (Liczbę zapisanych w Warszawie podaliśmy już dawniej).

— W d. 20. września b. r. odbyło się w Krakowie w »Domu lekarskim« pierwsze posiedzenie utworzonego przez Namiestnictwo »Krajowego Komitetu zwalczania chorób płciowych« pod przewodnictwem prof. Dr Łukasiewicza ze Lwowa. Przedmiotem posiedzenia była sprawa budowy szpitali barakowych i sprawa pouczeń dla ludności.

— W najbliższych dniach wyjdzie z druku III tom »Anatomii człowieka« ś. p. prof. A. Bochenka, wydawanej przez Akademię Umiejętności, poczem rozpocznie się druk I tomu w drugim nakładzie, gdyż pierwszy nakład jest wyczerpany. — Tom III obejmuje opis otrzewnej i naukę o naczyniach. Do ostatniego tomu (układ nerwowy, zmysły) nie pozostał po ś. p. Bochenku rękopis, ani notaty.

— Dr Józef Bednarski, lekarz okręgowy w Alwerni, wydał »Krótki podręcznik dla desinfektorów i pielęgniarzy gminnych«. Jest to pierwsza tego rodzaju broszurka, mająca na oku stosunki wiejskie; to też należy się za to uznanie zarówno autorowi, jak i Wydziałowi Rady powiatowej chrzanowskiej, którego staraniem i nakładem broszurka wyszła. Zasługuje ona na rozpowszechnienie, jako rzecz na czasie, a napisana nader przystępnie.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Piotr Metera, rodem ze Starowoli w Królestwie polskiem i Stanisław Borowski z Warszawy.

— Grono kolegów, przyczyniających się do kosztów wydawnictwa »Przeglądu lekarskiego«, zwiększyli kol. J. Nowaczyński, K. Polıwka i J. Olbrycht.

Warszawa. »Medycyna i Kronika lekarska« (36) donosi, że Komitet redakcyjny Słownika lekarzy polskich postanowił bezzwłocznie rozpocząć druk Słownika i w tym celu stara się o zapomogę z Kasy im. Mianowskiego. Słownik ma objąć przeszło 3000 życiorysów oraz wykaz piśmiennictwa od r. 1886, to jest od czasu wydania »Słownika lekarzów polskich« Kośmińskiego.

— Ogólne Zebranie Warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy w d. 7. VII. b. r. uchwaliło podjąć starania o podwyższenie wynagrodzenia dla lekarzy, powołanych do tłumienia epidemii. Dla utrwalenia pamięci lekarzy polskich, którzy podczas obecnej wojny padli ofiarą chorób zakaźnych, a przez to »stając się najwyższym wyrazem poświęcenia, zaparcia i bohaterstwa, okryli chlubą zawód nasz«, uchwalono wydrukować razem ich nazwiska w Pamiętniku Stowarzyszenia i postarać się, aby tosamo uczyniły wszystkie czasopisma lekarskie polskie.

Oto te nazwiska: Jerzy Urbanowicz, Mieczysław Halpern, Henryk Krzyczkowski, Adam Gruchalski, Stanisław Urban, Anna Tarapaniówna, Jan Jarzyński, Magnus Brokman, Ignacy Jaroszyński, Karol Jamiołkowski, Antoni Dutkiewicz, Klemens Lipiński, Leon Grosman, Szymon Gersuni, Karol Rotkel, Władysław Małoszewski, Teofil Szpot, Stanisław Wisznicki, M. Nowiński, Ludwik Katyński, Witold Bilwin, Hugo Lazarus, Leon Peterseim, Maryan Bujalski, Adolf Keifer, Miron Jajus, Maryan Sokołowski, Maciej Godecki, Paweł Jaglarz, Maksymilian Schlank, Ferdynand Eichhorn, Feliks Arnstein, Lucyan Kozicki, Michał Gilnrainer.

Cześć ich pamięci!

— Rada miejska wybrała do Delegacyi szpitalnej z grona radnych lekarzy Dr Babińskiego, do Delegacyi sanitarnej Dr Goldflama i J. Zawadzkiego. Delegacye te, złożone każda z 3 wybranych radnych, z 2 ławników i 4 zaproszonych przez prezydenta miasta obywateli, stanowią bezpośredni zarząd odpowiedniego Wydziału miejskiego. Przy Delegacyach będą utworzone Rady: szpitalna i sanitarna.

— W Radzie miejskiej ukonstytuowało się Koło radnych lekarzy.

— W »Medycynie i Kronice lek.« ogłosił Dr Mikulski »XII Sprawozdanie roczne z czynności szpitala dla umysłowo chorych w Kochanówce pod Łodzią za r. 1914«, zawierające także plastyczny opis niezmiernie ciężkich dni, gdy Zakład, pełny chorych, znalazł się na samej linii bojowej, pozbawiony środków żywności i rabowany. Lekarze: Dr Mikulski, Dr Grzywo-Dąbrowski, Dr Siwiński, Dr Więckowski i Dr Kruze-Pawłowska wytrwali bohatersko na stanowiskach i pod kulami zdołali wyprowadzić chorych, powracając po nich przez szereg dni bombardowania; z chorych jedna kobieta zginęła od postrzału, a kilkoro odniosło rany.

— W Otwocku w oddziale szpitala Jana Bożego otwarto nowy pawilon, zbudowany przez żydowskie Towarzystwo przeciwgruźlicze. W ten sposób liczba miejsc dla mężczyzn i kobiet wzrosła w tem sanatoryum do 230.

— Koła lekarskie w Lublinie przystępują do organizacyi popularnych wykładów o chorobach wenerycznych.

Zmarli:

Paweł Bruns.

Z mistrzów chirurgii ubył znów jeden. Paweł Bruns, którego imię znane jest nietylko lekarzom, lecz i laikom, zmarł w Tübingen 2. czerwca r. b. Jako syn słynnego również chirurga Wiktora Brunsa, wyrobił się pod okiem ojca i po nim też objął katedrę w mieście rodzinnem. Działalność Brunsa można scharakteryzować krótko: był dzielnym chirurgiem, znakomitym nauczycielem i nadzwyczaj wykształconym i sumiennym uczonym. Umiał z małych środków stwarzać ogromy i dlatego też uczniowie jego korzystali przy nim bardzo wiele. W obejściu gładki, czuły i serdeczny, zjednywał sobie odrazu każdego. Pamiątam, jak osobiście oprowadzał mnie po swojej klinice, przyczem pokazując coś, czynił to zawsze w formie dyskusyi, zapytując, n. p. jak u nas w tym lub owym przypadku się postępuje. Dla nauki zdziałał wiele. Dość wspomnieć wydawnictwo »Beiträge zur klinischen Chirurgie«, dalej »Neue Deutsche Chirurgie«, a wreszcie znakomity podręcznik chirurgii, którego czwarte wydanie po śmierci Mikulieza i Bergmanna w znacznej mierze sam opracował. Brunsowi zawdzięczamy też wiele cennych monografii, zwłaszcza z dziedziny chirurgii wojennej, chirurgii kości i wola. W uznaniu zasług został mianowany w r. 1903 lekarzem przybocznym króla wirtemberskiego, w r. 1910 tajnym radcą, a wreszcie osiągnął najwyższą godność naukową dla chirurga niemieckiego, mianowicie wybrany został przewodniczącym niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego. Pozostawił po sobie niewygasłą pamięć wielkiego uczonego i zacnego człowieka. Dr Kięsk.

Dr Walsleben z Krosna, padł ofiarą zawodu w niewoli rosyjskiej w Taszkiencie, zaraziwszy się durem osutkowym; starszy lekarz po viatowy Dr Eugeniusz Mandybur z Gurahumory, zmarł w 52 r. ż. w Koloszwarze; Dr Jan Wnorowski w Piotrkowie; Dr Maryan Wilczyński, dawniej lekarz w Żyrardowie, dwukrotnie więziony za udział w ruchu narodowym, w ostatnich latach lekarz szpitala św. Anny w Miechowie, padł ofiarą czerwonki; Dr Aleksander Zamenhof, Warszawianin, w Dźwińsku; Dr Jan Grzywiński z Warszawy w Jekaterynosławiu (z duru osutkowego); Dr Eugeniusz Ozarkiewicz ze Lwowa, członek Najwyższej Rady zdrowia, założyciel ukraińskiego Towarzystwa lekarskiego, współzałożyciel »Narodnoj Licznicy«, gorący dzia łacz ukraiński, w Wiedniu w 56 r. ż.

chirurg prof. Richter we Wrocławiu, internista prof. Salomon w Berlinie.

Redakcya otrzymała: Serkowski: 1) Próba peptonowa w mleku (Gaz. lek. 1916). 2) Apparat zum kontinuierlichen Sedimentieren (Deutsche med. Woch. 1916). 3) Üb. den Einfluss gewisser physikalisch-chemischer Faktoren auf Präzipitation und Agglutination (Zts. f. Hyg. 1916). — Doc. Dr Janiszewski: O wymogach zdrowotnych przy odbudowie kraju. (Wydawnictwo obywatelskiego komitetu odbudowy wsi i miast w Krakowie). Kraków 1916, str. 70.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium 1916. Zeszyt 8. (J. F. Lehmann). Cena 2·— Mk.

Z zakresu terapii ogólnej zawiera sierpniowy zeszyt »Kursów« następujące rozprawy: Prof. Glaxa »Doświadczenia wojenne na polu balneoterapii«, prof. Straussa »Niedostateczne odżywianie jako przedmiot dyetetyki«, prof. Holzknechta »Wydobywanie ciał obcych pod bezpośrednim przewodnictwem promieni Roentgena«, Dr Straussa »Leczenie gruźlicy równoczesnem stosowaniem miedzi i promieni pozafiołkowych«, prof. Boruttau »Elektryzowanie rytmiczne«.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polkich we wrześniu 1916.

Gazeta lekarska Nr 10—13 (36—39): Koskowski: Odczyn wałkowy mięśni w stanach zakaźnych (10). — Popiel: Ciąża brzuszna, prawdopodobnie pierwotna (dok. 10). — Puławski: O niektórych objawach choroby Basedowa i o jej rozpoznawaniu (11—12). — Pawiński: Ś. p. J. Peszke (12). — Sterling Stefan: Z badań bakteryologicznych nad tyfusem plamistym (12). — Siwiński: Spostrzeżenia nad zachowaniem wrażeń, wywołanych przez silny uraz psychiczny u umysłowo chorych (13). — Rychliński: Parę uwag w sprawie t. zw. rozszczepienia psychicznego (13).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 35—39: Brunner i Seydlówna: O rozpoznaniu bakteryologicznem cholery azyatyckiej (35—38). — Wł. Sterling (dok. 35—36). — Hewelke: O odczynie po rewakcynacyi (37). — Herman Eufemiusz: Obrazy anatomopatologiczne i kliniczne nowotworów móżdżku, kąta móżdżkowomostowego oraz ciał czworaczych (38—39). — Sokołowski: Ś. p. J. Peszke (39).

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. 1916. Z. 2. Chełchowski: Klęskowe lata na ziemiach polskich (dok.).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Rok LV. Kraków, 15. października 1916. Nr 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z drugiego oddziału chirurgicznego c. i k. szpitala garnizonowego w Krakowie. (Komendant szpitala c i k. starszy lekarz sztabowy Dr Ludwik Dąbrowski).

O uszkodzeniach kości długich przez postrzały

podał

Dr Jan Ożga,

dyrektor szpitala w Turce n. Stryjem,
obecnie c. k. starszy lekarz pospol. ruszenia.

Obrażenia, jakie obecnie w przeważnej liczbie przypadków mamy sposobność leczyć, pochodzą od pocisku karabinowego ostro zakończonego i otoczonego płaszczem niklowym, rzadziej od pocisku z ołowiu kształtu podłużnego i nieco większego niż poprzedni, dalej od kul szrapnelowych i wreszcie od różnej wielkości i kształtu odłamków granatu. Zmiany, jakie powstają skutkiem uderzenia pocisku w jakiś przedmiot, dotyczą zarówno pocisku, jak i trafionego przezeń przedmiotu. Pocisk doznaje pewnego, nieznacznego zresztą ogrzania, skąd dawniej uważano rany postrzałowe za oparzenia, które to zapatrywanie sprostował Ambroise Paré. Wprawdzie przez uderzenie pocisku w cel i nagłe zahamowanie jego ruchu następuje podniesienie ciepłoty, ale doświadczenia wykazały, że pocisk, przebijający części ciała, rzadko dosięga takiej ciepłoty, którąby miała większe znaczenie, zwłaszcza gdy się uwzględni chyżość, z jaką pocisk przenika ciało. Nigdy wreszcie nie spostrzegamy oparzeń, o ile pocisk utkwi w ciele. Ciepłota, do której ogrzewa się pocisk, nie wystarcza nawet do tego, aby zabić znajdujące się na nim drobnoustroje, czemu dawniej próbowano przypisywać »jałowość« rany postrzałowej. Drugą zmianą, jaką na pociskach spostrzegamy, jest ich zniekształcenie. Stopień jego zależy od jakości materyału, z jakiego pocisk jest zrobiony, następnie od odległości, z której pocisk uderza i wreszcie od własności trafionego przedmiotu. W naszym materyale widzieliśmy różne postacie zniekształceń tak pocisków karabinowych, jak i kul szrapnelowych. Na pierwszych były spłaszczenia, skrzywienia, przytępienia końca, postaci grzybiaste, rysy i t. p. Kule szrapnelowe były rozdwojone, rozbite na kilka drobniejszych kawałków, spłaszczone, lub miały rysy, zagłębienia i t. p. Zmiany w przedmiocie, w który pocisk trafia, są zawisłe od działania pocisku. Czynnikiem, działającym tu ze strony pocisku jest siła, z jaką uderza, a ta równa się iloczynowi z połowy masy przez kwadrat chyżości, $\left(\frac{mv^2}{2}\right)$. Im większa masa i im większa chyżość pocisku, tem większe uszkodzenie. W rzeczywistości wielkość obrażenia zależy od ilości zużytej w przedmiocie siły czynnej. Dalej działanie pocisku zależy od jego zbitości i stopnia twardości, od kształtu i kalibru, a nadto od kąta, pod jakim uderza w przedmiot. Stopień obrażenia przedmiotu zawisł od jego oporów, a więc od jego zbitości i siły wstecz działającej. Zanim pocisk uderzy w kość, musi przejść przez szereg tkanek jak: skóra, powięź, mięśnie, naczynia, nerwy, ścięgna, które przedstawiają różny opór, wpływający na siłę i kierunek pocisku, skutkiem czego jego działanie wyda rozmaity obraz obrażeń. Zależnie więc od tych wszystkich, poprzednio wymienionych czynników miewają obrażenia kości długich wieloraką postać. Spostrzegane na naszym materyale uszkodzenia kości długich możemy podzielić na dwie grupy: I. uszkodzenia bez przerwania ciągłości kości, II. złamania kości całkowite.

W grupie pierwszej mieliśmy następujące postacie uszkodzeń:

a) Stłuczenia. Bywają one wywołane uderzeniem pocisku, mającego słabą siłę żywą, to też pochodzą najczęściej od kul ołowianych, szrapnelowych lub odłamków granatu.

b) Szczelinowate pęknięcia (fissurae). Spotyka się je najczęściej w obrębie trzonów. Dotyczą one najpowierzchowniejszej blaszki kostnej, a czasem sięgają i głębiej w warstwę zbitą i poprzedzają całkowite przerwanie kości. Powstawanie ich tłómaczy się tem, że pocisk, uderzający prostopadle w trzon, zbliża przednią część obwodu kości do tylnej powierzchni, przez co średnica strzałkowa kości maleje, a poprzeczna zwiększa się. Skoro zaś granica sprężystości zostanie przekroczona, to pierścień (kość długa przedstawia bowiem walec) pęka najczęściej naprzeciw punktu uderzenia pocisku, a więc na tylnej powierzchni, niekiedy zaś i w innych miejscach, stawiających najmniejszy opór. Stąd powstają: 1) podłużne szczeliny, rysy; 2) poprzeczne zaś, gdy kość ulegnie nagłemu zgięciu, a 3) skośne skutkiem skręcenia około osi podłużnej. Zawsze się dzieje według zasady, że kość pęka naprzód w tem miejscu, na które działają siły. rozciągające ją.

c) Przedziurawienia kości. Są one rzadkie w obrębie trzonu, ale możliwe, jak tego dowiodły doświadczenia Brunsa i Kochera. Wywołuje je pocisk drobnego kalibru, mający niewielką siłę uderzenia. Spotyka się je częściej w zakresie kości sprychowej, obojczykowej, strzałkowej, a rzadko piszczelowej lub udowej. Uszkodzenia tej postaci poprzedza jednak pęknięcie szczelinowate, a także zauważyć można drobne odłamki w otoczeniu wylotu.

Druga grupa uszkodzeń kości obejmuje:

a) złamania pojedyncze, a więc bez odłamków,

b) złamania z odłamkami.

Ze względu na siedzibę rozróżniamy złamania w obrębie trzonu, nasady i przysady (metaphysis). Ze złamań pojedynczych spostrzegaliśmy: 1) poprzeczne, 2) skośne, 3) podłużne i 4) spiralne. Te postacie złamań występują najczęściej w obrębie trzonu. Powstawanie ich objaśnił szczegółowo Bornhaupt. Gdy pocisk, nie mający siły przedziurawienia przedniej ściany kości, uderza w kość pod

kątem prostym do jej osi podłużnej, to kość doznaje jako całość zmiany, której wynikiem jest złamanie (ad 1) poprzeczne, zjawisko podobne, jakie następuje, gdy pręt zegniemy nagle w jego osi podłużnej. Ad 2) złamanie jest następstwem uderzenia pocisku w kierunku skośnym, gdy więc pocisk zadziała tylko pewną częścią swej siły. Ad 3). Spiralne złamanie powstaje wtedy, gdy pocisk, trafiając w ścianę trzonu, nagle zatrzyma się i obraca kość w kierunku swego biegu około osi podłużnej kości. Ad 4). Najrzadszem jest całkowite podłużne rozszczepienie kości, gdyż bardzo rzadko mają pęknięcia kierunek ze środowiska zbitszego ku środowisku o słabszem utkaniu.

Największą liczbę złamań w naszym materyale stanowiły złamania z odłamkami; w przeważnej liczbie przypadków dotyczyły one trzonu.

Typową postacią tych złamań jest »złamanie motylkowate« według Bornhaupta (Schmetterlingsfractur). Jeżeli złożymy wszystkie odłamki kości w anatomiczną całość, spostrzegamy szereg linii, szczelin, przebiegających z jednego punktu w różnych kierunkach, z czego można wnosić o mechanizmie powstawania złamań tego typu. Oto zauważamy, że z pewnego punktu trzonu, w który pocisk ugodził, biegną dwie skośne szczeliny, linie pęknięcia (fissurae), w kierunku ku dolnemu i górnemu końcowi tak do wewnętrznego, jak zewnętrznego brzegu kości i schodzą się w podłużnej szczelinie na tylnej powierzchni. Dzielą więc one trzon na cztery części. Taki przebieg kierunku łamliwości jest zależny od rurkowatego kształtu trzonu i, jak to wykazały doświadczenia Bornhaupta na walcach z drzewa i szkła, powstaje przez zbliżenie się przedniej ściany do tylnej; nadto wchodzi tu w grę okoliczność, na którą zwrócił uwagę Langenbeck, że pocisk, drążący w kość, działa jak klin. Najpierw działa sam koniec pocisku, a następnie jego trzon, który, jako mający większą średnicę, rozpycha brzegi otworu powstającego w kości, w miarę, jak głębiej w nią wchodzi. Powstają więc pęknięcia odpowiednio do budowy kości w miejscach najmniejszej oporności i przenoszą się na dalszą lub bliższą odległość, zależnie od wielkości pocisku. Pęknięć tych w pewnym przypadku może powstać większa liczba, gdyż mogą przebiegać w różnych kierunkach i łączyć się, np. promienisto przebiegające ze skośnemi, poprzecznemi, co zawisło od wszystkich czynników, w danej chwili współdziałających. Wynikiem tego jest różnorodność odłamków kości co do kształtu i wielkości. Przebijanie bowiem kości przez pocisk odbywa się w ciągu pewnego czasu; pocisk musi przechodzić przez szereg warstw, jak ścianę przednią, jamę szpikową, ścianę tylną. W pewnej jednostce czasu powstają w tych warstwach różne zmiany podczas przenikania pocisku. Dokładne objaśnienie zjawisk, powstających w poszczególnych fazach pękania kości, podał Kranzfelder, który je obserwował w swych doświadczeniach zapomocą fotografii iskrowej. Z doświadczeń na kościach, nie pozbawionych szpiku kostnego, okazało się przytem, jaką on odgrywa rolę przy uszkodzeniach postrzałowych. Przebieg mechanizmu tych uszkodzeń na podstawie badań Kranzfeldera jest następujący:

Pocisk uderza w trzon kości: górny i dolny jej koniec ulega natychmiast wychyleniu ponad miejscem uderzenia. W tej samej chwili wypukla się przednia ściana, co dowodzi powstania pęknięcia kości. Następnie koniec pocisku dotyka warstwy szpiku, którego rozepchnięte cząstki, jako masy półpłynnej, dążą z powodu swej nieściśliwości w kierunku najmniejszego oporu i z wielką chyżością wpadają ku wlotowi, aby się wydostać na zewnątrz między pociskiem, a brzegami otworu w kości. Zrazu przylegają one do ścian pocisku, lecz wnet rozszerzają się prostopadle na wszystkie strony w postaci promieni, rozchodzących się od pocisku z powodu oporu powietrza, od zewnątrz działającego. Następnie przeciskają się przez szczeliny w kości i powiększają ich rozwartość, odrywają rozluźnione w ten sposób odłamki i wprawiają je w ruch o różnej chyżości. Oba końce odłamka mogą nabyć różnej chyżości, skutkiem czego może nastąpić skręcenie odłamka około jego osi. Ma to wpływ na stan obrażeń części miękkich. Wreszcie pocisk dochodzi do tylnej ściany kości, ta wypukla się, a z chwilą gdy przez nią pocisk przeszedł, wpadają cząstki szpiku za pociskiem do wylotu i porywając za sobą odłamki kości, kaleczą części miękkie, powiększając przez to uszkodzenie.

Drugie miejsce co do liczby stanowiły w naszym materyale postrzałowe uszkodzenia nasady. Mieliśmy sposobność stwierdzać różne ich postacie, jak: 1) wyżłobienia płytsze i głębsze; 2) przedziurawienia, które sprawia pocisk drobnego kalibru, przechodzący przez nasadę ze znaczną chyżością; 3) ugrzęźnięcia w nasadzie kul szrapnelowych, a z drugiej strony bardzo ciężkie zniszczenia, spowodowane przez kule ołowiane, a to z powodu większej ich średnicy i łatwego zniekształcenia się, przez co uderzają większą powierzchnią. Złamania nasady poprzedzają szczelinowate pęknięcia rozmaitej długości i kierunku, albo dochodzące do stawu, albo przechodzące w przysadę, a nawet w trzon.

Przy tych uszkodzeniach ulegają często obrażeniu chrząstki, torebki i więzadła stawowe. Zależnie od rodzaju pocisku i siły, z jaką uderza, tudzież kierunku strzału, a z drugiej strony zależnie od budowy anatomicznej stawu, jego wielkości i stopnia wystawienia go na urazowe działanie, mieliśmy sposobność stwierdzać współobrażenia różnych stawów, i to zarówno najcięższe postacie obrażeń, jakoteż tylko przedziurawienia torebki stawowej. Chrząstka i torebka może być obrażona także pośrednio odłamkiem kości, który może nawet powiększyć rozmiary ich uszkodzeń. Najczęściej przy obrażeniach nasady (epiphysis) były uszkodzone stawy kolanowe, na drugiem miejscu łokciowe, a najrzadziej biodrowe. W stawie kolanowym stwierdziliśmy w 10 przypadkach uwięźnięcie kuli szrapnelowej, a tylko w dwu kuli karabinowej, tkwiącej połową swej długości w stawowym odcinku kości; w stawie łokciowym w 3 przypadkach kulę szrapnelową, w 2 odłamki granatu; w stawie biodrowym w 3 przypadkach kulę karabinową z podartym płaszczem pocisku.

Uszkodzenia postrzałowe w obrębie przysady (metaphysis) łączą w sobie znamiona obrażeń trzonu i nasady, zależnie od tego, czy uległ uszkodzeniu odcinek, bliżej trzonu czy nasady położony, a więc czy zbita (compacta), czy gąbczasta część kości. Zależnie od poprzednio omówionych czynników mogą tu się zdarzać rozmaite postacie uszkodzeń. W naszym materyale przeważały złamania motylkowate i klinowate. Złamania tego odcinka kości długich odgrywają ważną rolę z tego powodu, że towarzyszące im szczeliny rozchodzą się i do stawów, przez co i stawy ulegają współobrażeniu.

Im bardziej jest złożona budowa stawu, tem większy wpływ uszkodzenia na przebieg gojenia się, a zakażenie, przenosząc się łatwo do stawu, w którym poprzednio nastąpił wylew krwi, wywołuje ciężkie powikłanie w postaci zapalenia ropnego (pyarthros).

W przypadkach złamań przysady stwierdziliśmy — w porównaniu ze złamaniami w obrębie trzonu — mniej odłamków i mniejsze obrażenia części miękkich, co się tłomaczy gąbczastem utkaniem i cieńszą blaszką korową kości.

Dla rozpoznania siedziby i stopnia uszkodzenia kości posługiwaliśmy się w każdym przypadku prócz znanych objawów podmiotowych i przedmiotowych zawsze promieniami Röntgena.

Leczenie postrzałowych złamań kości, z uwagi na obrażenia części miękkich, które mogą być mniej lub więcej rozległe, zależy w wielkiej mierze od tego, czy rana została zanieczyszczona drobnoustrojami, czy też nie. Im większe jest obrażenie części miękkich, tem lepsze warunki dla zakażenia. Doświadczenie jednak pouczyło nas, że często mimo nieznacznej rany postrzałowej występowały ob-

jawy ciężkiego zakażenia, z drugiej zaś strony pomimo znacznych uszkodzeń części miękkich odbywało się gojenie gładko i szybko. Według Bergmanna należy złamania postrzałowe traktować jako aseptyczne. Nie stosowaliśmy więc nacięć (debridement) jako pierwotnego zabiegu. W leczeniu staraliśmy się zadość uczynić trzem postulatom: 1) leczyć uszkodzenia części miękkich, 2) przywrócić ciągłość kości, 3) opanować zakażenie. Co do pierwszego postulatu, to przy małych ranach wlotu i wylotu, nie okazujących zakażenia, po ogoleniu otoczenia rany i oczyszczeniu jodbenzyną i jodyną, pomazywaliśmy samą ranę jodyną i pokrywali wyjałowioną gazą. Przy większych obrażeniach części miękkich, uważanych za stosunkowo czyste, usuwaliśmy wyjałowionemi narzędziami strzępy lub także powierzchowne warstwy, o ile uważaliśmy je za podejrzane, pomazywaliśmy powierzchnię rany jodyną i osłaniali opatrunkiem aseptycznym.

W razie zakażenia miejscowego w postaci mniej czy więcej rozległej ropowicy robiłem szerokie nacięcia, usuwałem luźne odłamki kości, drobniejsze zaś i z okostną będące w związku oddzielałem za pomocą skrobaczki (raspatorium), aby okostną zachować i po zrobieniu przeciwnacięć sączkowałem rany tak, aby umożliwić należyty odpływ. Nadto przy dużych i głębszych ranach wyścielałem je wyjałowioną gazą i tamponowałem sposobem Mikulicza. Jeżeli jednak gorączka i ropienie utrzymywały się dłużej, używałem z lepszym skutkiem do tamponady gazy jodoformowej, uważając w tych przypadkach gazę aseptyczną za niemającą wpływu na jadowitość drobnoustrojów, a nawet czyniącą podłoże dogodnem dla ich rozwoju. Zakażenie w postaci ropowicy leczyłem szerokiemi nacięciami i tamponadą. Nie próbowaliśmy leczenia tlenem z uwagi na beztlenowce, wywołujące to zakażenie, ponieważ nim nie rozporządzaliśmy, a także i nacięcia miały w naszych przypadkach tylko znaczenie leczenia próbnego, gdyż zwykle stan chorych po upływie kilku godzin wymagał amputacyi lub wyłuszczenia kończyny. W 4 też przypadkach wykonałem z tego powodu wyłuszczenie w stawie biodrowym, a w 10 wysoką amputacyę na udzie. Zakażenie tężcem mieliśmy w 9 przypadkach, a leczyliśmy je surowicą przeciwtężcową, wstrzykiwaną śródmięśniowo, śródżylnie, i do kanału kręgowego, tudzież 5% rozczynem siarkanu magnowego.

Równolegle z leczeniem części miękkich szło w parze leczenie złamań kości, zmierzające do tego, aby tak pod względem anatomicznym, jak czynnościowym, osiągnąć jak najlepszy skutek. Niezawsze było to możliwe, dlatego w pewnych przypadkach wzgląd czynnościowy w naszem przekonaniu brał górę. Leczenie złamań kości przeprowadzaliśmy zapomocą opatrunków gipsowych lub wyciągu. W tych przypadkach, w których obrażenia części miękkich nie były duże, a odłamki kości nie przesunięte lub przesunięcie ich dało się łatwo usunąć i przypadek wskazywał na aseptyczne gojenie się, zakładaliśmy opatrunek gipsowy z oknem; w przypadkach wątpliwych — gips dopiero w 8—10 dni po zranieniu. Zadaniem opatrunku gipsowego jest ustalenie złamanych kości po należytem przystosowaniu do siebie ich powierzchni złamania i ustawieniu kończyny odpowiednio do fizyologicznego działania odpowiednich mięśni. W tym celu przy zakładaniu opatrunku gipsowego posługiwaliśmy się zazwyczaj uśpieniem, a w 4—5 dni później kontrolowaliśmy ustawienie odłamków promieniami Röntgena.

W przypadkach złamań trzonu kości ramiennej przystosowywaliśmy odłamki kości w ten sposób, że zapomocą pętli, oprowadzonej pod pachą, ciągnęło się bark ku górze, a przeciwwyciąg na górnym odcinku przedramienia, zgiętego pod kątem prostym w stawie łokciowym i odwróconego (w supinacyi). Po takiem ustawieniu kończyny ustalaliśmy ją w opatrunku gipsowym z oknem dla opatrywania części miękkich. Jeżeli złamanie dotyczyło górnego lub dolnego końca kości ramiennej, stosowaliśmy stały wyciąg zapomocą szyny prostokątnej; na dłuższem ramieniu szyny znajduje się ruchoma podstawa dla ułożenia na niej przedramienia, które może być czynnie zginane swobodnie w stawie łokciowym.

Złamania obu kości przedramienia leczyliśmy wyciągiem. Przedramię, zgięte w stawie łokciowym pod kątem prostym i odwrócone (w supinacyi), kładzie się na ramie szerszej, niż przedramię, zgiętej pod kątem prostym, której jeden koniec wystaje około 15 cm poza końce palców, drugi zaś koniec sięga do połowy tylnej powierzchni ramienia, do którego przymocowany zostaje opaską. Na rękę przymocowuje się przylepce, każdy palec osobno obejmujące, a stale naciągnięte zapomocą grubego sączka gumowego, umocowanego do haczyka, wbitego w koniec ramy.

W razie złamania kości łokciowej odprowadzenie przez ciągnięcie ręki przy ustawieniu przedramienia odwróconego (w supinacyi), a przeciwwyciąg za ramię, poczem opatrunek ustalający. Jeżeli złamanie dotyczy górnego odcinka kości łokciowej, to zwrócić należy uwagę, czy nie zachodzi równocześnie zwichnięcie główki kości sprychowej, i gdyby to było, wtedy odprowadza się odłamki kości łokciowej przez ciągnięcie przedramienia, poczem przy jego zgięciu (fleksyi) wywiera się bezpośrednio ucisk na główkę kości sprychowej. Następnie opatrunek gipsowy lub krochmalny na przedramię odwrócone (w supinacyi) i zgięte w łokciu pod kątem prostym, a ucisk na główkę kości sprychowej zapomocą kłębka waty, włożonego w opatrunek.

Jeżeli złamanie dotyczyło dolnego odcinka kości sprychowej, ustawialiśmy przedramię zgięte w łokciu w supinacyi i odprowadzaliśmy przez pociąganie za rękę, a przeciwwyciąg w stawie łokciowym; następnie opatrunek gipsowy, a gdy gips poczynał twardnieć, nadawaliśmy ręce zgięcie dłoniowe i odwodziliśmy ją w stronę kości łokciowej.

Opatrunek gipsowy na goleni zakładaliśmy począwszy od palców aż poza kolano, dokonując przedtem odprowadzenia, ciągnąc w okolicy kostek stopy, zgiętej pod kątem prostym, a w przeciwnym kierunku ciągnąc za udo i ustawiając staw skokowy pod kątem prostym, a staw kolanowy w lekkiem zgięciu.

Złamania w obrębie kostek leczyliśmy zapomocą odprowadzenia przy dobrze ustalonej goleni, co wykonywa się ciągnąc jedną ręką za grzbiet stopy, a drugą ręką za piętę, w przeciwnym zaś kierunku ciągnąc powyżej kolana. Przy zakładaniu gipsu po dokonanem odprowadzeniu zgina się stopę w stawie skokowym pod kątem prostym i ustawia ją w supinacyi.

Złamania, dotyczące kości udowej w obrębie szyjki, trzonu, kłykci, jakoteż oderwanie nasady leczyliśmy wyciągiem. Przed założeniem wyciągu golimy skórę całej kończyny, poczem następuje oczyszczenie rany i opatrzenie jej aseptyczne. Celem uniknięcia odleżyn nakładamy poduszeczki z waty z wyciętem okienkiem na kostki, główkę kości strzałkowej i kłykcie, a na ścięgno Achillesa poduszeczkę z waty, i umocowujemy je opaską. Następnie przyklejamy za pomocą mastisolu do powierzchni skóry od strony zewnętrznej taśmę 5—6 cm szeroką, zaczynając 4—5 cm powyżej miejsca złamania i oprowadzamy ją w postaci pętli popod stopą w odległości, równającej się długości stopy i przechodząc na wewnętrzną stronę do wysokości, na której zaczęliśmy. Pod stopą pętla rozpięta jest na deszczułce, długiej około 20 cm.

Taśmę tę w powrotnych zawojach oprowadza się 4—5 razy, umocowując każdy zawój opaską kalikotową. Kończynę odwodzi się (abductio), a w kolanie lekko zgina. Ciągnięcie wykonuje się zapomocą sznurka, przymocowanego w środku przedziurawionej deszczułki, a ślizgającego się po dwóch bloczkach, z których jeden znajduje się na przedłużeniu osi goleni, a drugi na górnym brzegu nożnej części łóżka; obciąża się sznurek ciężarem 5—15 kg. zależnie od oporów, wywołanych przesunięciem odłamków.

Wyciąg w kierunku przeciwnym przez podniesienie łóżka w części nożnej zapomocą podstawek z drzewa lub cegieł 20 cm wysokości. Tak opatrzoną i ułożoną kończynę zawiesza się na chustkach, przymocowanych do pręta żelaznego, rozpiętego wzdłuż osi kończyny ponad łóżkiem, między stojakiem, znajdującym się w nożnej części łóżka, a prętem, umocowanym nad głową chorego do łóżka. Nieprzyjemnym ubocznym objawem przy leczeniu takim wyciągiem bywają odleżyny, a niekiedy przy niedostatecznej uwadze wytworzenie się stopy końskiej. W takim razie musi się wyciąg usunąć i zawczasu wyleczyć odleżyny. Aby nie przesunęły się kikuty kości pod wpływem działania mięśni, zakładaliśmy w przypadkach złamań z odleżynami wyciąg drutowy, podany przez Radlińskiego, z bardzo dobrym skutkiem.

Wyciąg ten, zaczepiając kość piętową za górną powierzchnię, utrzymuje kończynę w należytem ustaleniu i ustawieniu, nie sprawia choremu żadnych dolegliwości, a zapobiega wytworzeniu się stopy końskiej. Tensam typ wyciągu stosujemy w razie rozległego uszkodzenia części miękkich dolnej połowy uda, gdyż takie obrażenie uniemożliwia zastosowanie tutaj przylepcowych taśm wyciągowych.

Wiadomo, że przebieg złamań kości zawisł od tego, czy powstało zakażenie, czy też nie, co znowu nie zależy od stopnia uszkodzenia kości, lecz od rozmiarów obrażeń części miękkich. W naszym materyale przeważały przypadki, powikłane zakażeniem miejscowem i cięższem ogólnem, a najmniejsze obrażenia części miękkich były wielkości dłoni. Leczenie też złamań trwało w przeważnej liczbie naszych przypadków kilka miesięcy. W kilku przypadkach niezakażonych i w kilku takich, w których powiodło się zakażenie szybko opanować i rany zagoiły się, a kości zrosły, po pewnym czasie poczęły się rany otwierać, a z wypływem z ran poczęły się wydostawać odłamki kości. Jedne z tych przypadków zakończyły się zagojeniem samorodnem, w innych musiano zastosować zabieg operacyjny. Wytwarzanie się kostniny bywa niekiedy przy złamaniach z nielicznymi odłamkami i niedużem ich przesunięciem niedostateczne i pozostaje ruchomość kości. Raz na kości ramieniowej, raz na goleni musieliśmy z tego powodu po zupełnem zagojeniu się ran założyć szew kostny. Skutek był dobry. Co się tyczy wielkości ubytku kości, to nieraz wielkie ubytki wypełniały się dobrze kostniną i kończyna nie wykazywała żadnego skrócenia, niekiedy zaś przy małych ubytkach nie następuje zrost kostny i powstaje staw wrzekomy (pseudoarthrosis). W takim przypadku w obrębie kości udowej zapobiegaliśmy skróceniom i wywoływaliśmy zrost kostny zapomocą operacyi, usiłując odłamki zbliżyć i utrzymać w położeniu przez zazębienie, unikając wszczepienia ciał obcych i płytek metalowych, a po operacyi zakładaliśmy opatrunek gipsowy, a nie wyciąg. W jednym przypadku złamania kości piszczelowej przez postrzał, po zupełnem zagojeniu się rany, gdy końce kości bardzo długo pozostawały ruchome, założyliśmy opatrunek gipsowy do chodzenia aby przez tarcie powierzchni kikutów pobudzić bujanie kostniny. Po 6 tygodniach stwierdziliśmy pożądany zrost. Złamania kości kończyn górnych i goleni na ogół goiły się dobrze i prędzej, niż złamania kości udowej.

Leczenie postrzałowych złamań w obrębie nasady schodzi się z leczeniem stawów. Przypadki takie traktowaliśmy jako aseptyczne i po opatrzeniu ran części miękkich w sposób powyżej omawiany, ustalaliśmy kończynę przez ułożenie w szynie lub opatrunkiem gipsowym. O ile zaś istniało ropienie lub części miękkie uległy wielkiemu zniszczeniu, wtedy po zrobieniu nacięć, usunięciu odłamków kości, kawałków pocisku i t. p., ranę sączkowaliśmy i zawieszaliśmy kończynę na wyciągu. Jeżeli ropienie zajęło staw, otwierano go i sączkowano, a jeżeli nie udawało się opanować ropienia i gorączka długo się utrzymywała, to przy zadowalniającym stanie sił chorego wykonywaliśmy resekcyę, a to: w dwu przypadkach uszkodzeń stawu biodrowego, 2 stawu łokciowego, 2 kolanowego, 1 skokowego. W razie bardzo ciężkich obrażeń nasady i części miękkich wykonywałem odrazu amputacyę, gdyż łatwo w takich przypadkach rozwijające się zapalenie ropne wywołuje często zakażenie ogólne.

Leczenie złamań w obrębie przysady polegało na tych samych zasadach, co leczenie złamań trzonu. W razie zaś powikłania przez współobrażenie stawów, leczenie uszkodzeń stawów jest głównym postulatem, a sposób postępowania zależy od tego, czy przypadek jest zakażony, czy też nie.

Zasady naszego postępowania w leczeniu są przeto w krótkości następujące:

1) Obrażenia postrzałowe należy traktować jako aseptyczne. Założenie pierwszego opatrunku należycie — jest więc bardzo ważnem zadaniem; należy przeto pamiętać o 10 zasadach (przykazaniach), podanych przez Eiselsberga.

2) Zakażenia miejscowe należy leczyć szerokiemi nacięciami i umożliwić dobry odpływ wydzieliny zapalnej.

3) W przypadkach złamań należy ustalić kończynę opatrunkiem gipsowym lub wyciągiem. a) Opatrunek gipsowy stosuje się wtedy, gdy odłamki kości są nieliczne, części miękkie niebardzo uszkodzone i niema powikłania większem zakażeniem. b) Wyciąg stosuje się, jeżeli odłamki kości są liczne, lub znacznie przesunięte i gdy części miękkie są na większej przestrzeni uszkodzone.

4) W razie rozleglejszych uszkodzeń części miękkich konieczna jest rewizya rany i usunięcie luźnych odłamków kości tak, jak i drobniejszych, z okostną będących w związku.

5) Zabiegi operacyjne, podejmowane celem usunięcia większych skróceń, stawów rzekomych, wogóle źle zgojonych złamań, można wykonywać dopiero po zupełnem zagojeniu się ran.

6) W odpowiednim okresie należy rozpocząć ćwiczenie ruchów w stawach leczonej kończyny, aby zapobiedz sztywności stawów i wytworzeniu się nieprawidłowych postaci, np. stopy końskiej. Jeżeli jednak ropieją rany w sąsiedztwie stawów, to ruchy czynne i bierne podejmować można dopiero po ustąpieniu objawów zapalnych. Skoro rany zaczną się pokrywać ziarniną, a kostnina w miejscu złamania uległa skonsolidowaniu, podejmuje się natychmiast w stawach ruchy czynne i bierne. Zanikowi mięśni z powodu nieczynności zapobiegać należy miesieniem.

7) W razie grożącego ogólnego zakażenia lub długotrwałego ropienia, które wywołuje charłactwo, skrobiawicę, wskazane jest odjęcie chorej kończyny, jako źródła niebezpieczeństwa dla życia.

8) Jeżeli uszkodzenia kości są powikłane obrażeniem naczyń, pierwszem zadaniem jest opanowanie krwotoku zależnie od warunków w danym przypadku istniejących, czy to założeniem podwiązki, czy szwem naczyniowym. Natomiast uszkodzenia nerwów stają się przedmiotem leczenia operacyjnego aż po zupełnem zagojeniu się ran i zrośnięciu kości.

Statystyka z okresu 15 miesięcy (od początku wojny).

Złamania kości ramienia 68, przedramienia 32, rąk i palców 41, uda 105, goleni 76, stopy i palców 31.

Współobrażenie stawów: barkowego 9, łokciowego 10, nadgarstkowego 11, biodrowego 7, kolanowego 15, skokowego 11.

Towarzyszące uszkodzenie naczyń: tętniaki 8.

Uszkodzenie nerwów górnych kończyn 8, dolnych kończyn 5.

Powikłania przez zakażenie.

Oedema malignum	14	zmarło	14
Gangraena	15	»	11
Sepsis	23	»	23
Pyaemia	6	»	6
Tetanus	9	»	6

Wykonano amputacyi:

kości ramienia	5	zmarło 26.
» przedramienia	4	
» uda	29	
» goleni	4	
Wyłuszczenie w stawie biodr.	4	
» » bark.	1	

Literatura: Kocher, Bornhaupt (Langenbecks Archiv), Radliński (Centralblatt für Chir. 48. 1915).

Z kliniki chorób wewnętrznych prof. H. Eichhorsta w Zurychu.

O wydzielaniu niektórych składników moczu w chorobach wątroby.

Podali

Wacław Moraczewski i E. Herzfeld.

Doświadczenia, które tutaj podajemy, miały na celu wyświetlić sprawę przemiany materyi w chorobach wątroby. Ponieważ narząd ten odgrywa pierwszorzędną rolę w sprawach spalania białek i przyswajania cukru i t. d., zatem wydało nam się ważnem przekonać się, 1) czy każde zmiany w wątrobie wyrażają się w wydzielaniu moczu, czy raczej istnieją jakie różnice w wydzielaniu zależnie od ciężkości choroby; 2) czy wszelkie zmiany w ustroju, wiodące do wyczerpania wątroby, jak głód lub niedokrwistość, dają oznaki typowe w wydzielaniu, czy przeciwnie zmiany te różnią się wydzielaniem składników moczu od typowych chorób wątroby. Porównywaliśmy zatem wydzielanie tak zwanych »niedopałków« (Schlacken) moczu w czasie głodu, przy różnych dyetach, w chorobach krwi, zatruciu kwasem itp. z wydzielaniem, spostrzeganem w zaniku wątroby. W ostatnich czasach ukazało się kilka szczegółowych prac, które przedmiotu tego dotykały. Badano wpływ cukru na wydzielanie cukru w moczu w rozmaitych cierpieniach wątroby i porównywano ilość wydzielanego cukru z ilością kwasów amidowych, wydzielanych w moczu[1]). Porównywano szczególniej pomiędzy sobą rozmaite zaburzenia wątroby, mierząc sprawność wątroby wytrzymałością na cukier lub ilością kwasów amidowych. — W przytoczonych przez nas pracach znajduje się opis najważniejszych doświadczeń, dotyczących tego przedmiotu.

Nas zajmowało głównie pytanie, czy można przez głód i wycieńczenie doprowadzić zdrową wątrobę do pewnej niesprawności i czy wtedy wydzielanie moczu zbliży się do typowego wydzielania, jeżeliby dało się ustalić takie typowe wydzielanie. Przekonaliśmy się bowiem dawniej[2]), że zarówno głód, jak przekarmianie ustroju tłuszczami, zmniejsza tolerancyę na indol. Dlaczegoby głód nie miał również wywoływać wydzielania kwasów amidowych, amoniaku itp.?

[1]) Fritz Wagner. Zeit. f. klin. Mediz. Tom 80, p. 174. — Walter Frey. Zeit. f. klin. Mediz. Tom 72, p. 383. — Falk v. Saxl. Zeit. f. klin. Mediz. Tom 73, p. 325. — Magnus Alsleben. Zeit. f. klin. Mediz. Tom 73, p. 428.

[2]) W. Moraczewski, Gazeta lekarska 1911. — W. Moraczewski, Lwowski Tygodnik lekarski Nr. 26—29. 1909.

Postanowiliśmy tedy badać przez czas dłuższy w moczu chorych składniki, dotyczące przemiany materyi w wątrobie, badanie te rozciągnąć na dwie typowe dyety: mieszaną i wyłącznie mleczną, — a wreszcie porównać wydzielanie u chorych z wydzielaniem u osób zdrowych, które przez dobrowolne wstrzymywanie się od jadła doprowadziły wątrobę do pewnego wycieńczenia.

Oznaczaliśmy ilościowo: 1) Azot sposobem Kjeldahla. 2) Kwas moczowy i zasady purynowe przez oznaczenie ilości srebra, zużytego na strącenie tych składników moczu. 3) Amoniak przez wypędzanie w ciągu trzech godzin z moczu, zaprawionego tlenkiem magnu i chłonienie wypędzonego amoniaku przez kwas miareczkowany, w którym zmniejszenie kwaśności oznaczaliśmy $^1/_{10}$ n. ługiem. 4) Kwasy lotne, które wypędzaliśmy przez gotowanie 100 gr. moczu rozcieńczonego do 500, dopóki nie przekropliło się 300 ct. sz. W tych przekroplonych 300 ct sz. oznaczaliśmy kwaśność ługiem $^1/_{10}$ n.; każdy ct. sz. odpowiadał 0,00365 kwasu solnego. 5) Indykan moczu metodą, którą niżej opiszemy. 6) Aceton. Przepędzaliśmy powietrze przez 100 ct. sz. moczu, zawierającego 5% kwasu fosforowego i wypędzony aceton chwytaliśmy w rozczyn zasadowy jodu, w którym aceton wiązał jod. Odmiareczkowując zużyty jod zapomocą siarkosiarkanu sodu w rozczynie kwaśnym, oznaczaliśmy ilość acetonu; 1 ct. sz. zużytego siarkosiarkanu odpowiadał 0 97 mgr acetonu. 7) Indol w moczu[1]). Oddestylowaliśmy z 100 ct. sz. moczu, rozcieńczonego do 500, 300 ct. sz.; wyciągaliśmy z destylatu indol zapomocą ksylolu, z ksylolu wyciągaliśmy wodą i alkoholem, a w rozczynie alkoholowym wywoływaliśmy barwik odczynnikiem Ehrlicha (paradimetylamidobenzaldehyd w rozczynie kwasu solnego). Barwik oznaczaliśmy w spektrofotometrze. 8) Kwasy amidowe[2]). Mocz odbarwiony za pomocą węgla przesączaliśmy i na 1 ct. sz. braliśmy 0.5 ct. sz. rozczynu ninhydryny Abderhaldena. Po odparowaniu rozpuszczaliśmy barwik w alkoholu i porównywaliśmy zabarwienie z rozczynem, otrzymanym ze znanej ilości kwasu amidowego (glykokolu) w tychsamych warunkach. — W kale oznaczaliśmy ogólną ilość azotu, spalając 10 ct. sz. zawiesiny, otrzymanej przez zmieszanie dokładne kału z wodą, metodą Kjeldahla. Indol kału oznaczaliśmy, jak indol moczu, przekraplając 25 ct. sz. zawiesiny kału w wodzie rozcieńczonej do 500 ct. sz. Po przekropleniu 300 ct. sz. oznaczaliśmy w destylacie indol.

[1]) Herzfeld i K. Baur. Centr. f. inn. Med. B. 34, 1913.

Indykan moczu oznaczaliśmy sposobem przez nas wydoskonalonym, który tembardziej polecić możemy, że w nowszych czasach znowu słyszeć się dają skargi na niepewność wszelkich oznaczeń indykanu[1]). Otóż oznaczenie odbywa się w następujący sposób: 50 lub w razie wielkiej ilości indykanu 25 ct. sz. moczu zaprawiamy równą ilością odczynnika Obermeyera (kwas solny, zawierający 2‰ chlorku żelaza) i wytrząsamy 100 ct. sz. chloroformu. Gdyby ilość indykanu była niewielka i wyciąg chloroformowy miał zabarwienie różowe, wtedy przez wymycie chloroformu rozczynem sody możemy nadać rozczynowi chloroformowemu zabarwienie czysto niebieskie. Zabarwienie czerwone powstaje bowiem przez przekwaszenie moczu. Uniknąć go można w rozmaity sposób: albo używając na 50 ct. sz. moczu tylko 45—40 ct. sz. odczynnika Obermeyera i wytrząsając zaraz chloroformem, albowiem wpływ kwasu solnego im dłużej, tem silniej działa na barwik indykanu; — albo, jak mówiliśmy wyżej, otrzymawszy już zabarwienie różowe, możemy przez zasadę przywrócić rozczynowi chloroformowemu barwę niebieską. — Przez użycie wielkiej ilości chloroformu unikamy zawiesiny, którą mocz, tembar-

[2]) E. Herzfeld. Bioch. Zeitschr. Tom 56, str. 258.

[1]) R. V. Stanford. Zeit. f. physiol. Chemie. Tom 87, p. 188.

dziej mocz stężony, daje zazwyczaj z chloroformem. Gdybyśmy jednak mimo to otrzymać mieli zawiesinę, wtedy możemy jej się pozbyć, spuściwszy chloroform do suchego naczynia i wstrząsając go ze skrawkami bibuły. Bibuła, użyta w należytej ilości, wessie wodę z chloroformu i pozostawi płyn przezroczysty, który przesączywszy, badać możemy w kolorymetrze.

Badanie kolorymetryczne ma, jak wiadomo, błędy, ponieważ zabarwienie nie stoi w ścisłym stosunku do ilości barwika, ale wyniki będą o tyle dokładniejsze, o ile porównywać będziemy płyny, zbliżone do siebie zabarwieniem. Dlatego właśnie używana przez nas wielka stosunkowo ilość chloroformu pozwala nam otrzymywać płyn słabo zabarwiony barwą, zbliżony do rozczynu stałego, w którym rozpuszczono pewną ilość barwika. Ten stały rozczyn można sporządzać, rozpuszczając indygo w chloroformie, albo używając zamiast rozczynu indygo, który się bardzo prędko zmienia i przybiera odcień fiołkowy, — rozczynu miedzi w amoniaku. — 1 gr. bezwodnego siarczanu miedzi rozpuszcza się w 100 gr. wody i z tego bierze się 1 ct. sz. na 100 gr. wody, zaprawionej 20 ct. sz. amoniaku. Taki rozczyn, imitujący rozczyn indyga 0.0015 w 100 gr. chloroformu, trzyma się doskonale i może służyć do porównywania wyciągu chloroformu z moczu. Jeżeli n. p. wyciąg chloroformu z moczu wysokości 50 mm. daje tensam odcień, co 100 mm. naszego amoniakalnego rozczynu miedzi, to znaczy, że w rozczynie chloroformowym mamy 0.0030 gr. indyga. Jeżeli ten wyciąg otrzymaliśmy z 50 ct. sz. moczu, to mocz zawierał 0.0060 gr. indyga na sto. Sposób ten miałby jedną stronę ujemną: spotrzebowywanie wielkiej ilości chloroformu. Na szczęście chloroformu nie odparowywuje się tu, jak w sposobach wagowych, możemy zatem chloroform napowrót oddestylować i tym sposobem metoda ta pozwala pracować oszczędniej.

Tyle co do metod oznaczania.

I.

Badania nasze zaczęliśmy od badań u zdrowych, którym podaliśmy dyetę, złożoną ze 1000 ct. sz mleka i 200 gr. chleba. Wynosi to licząc

50 gr.	białka	220 C.
250 gr.	cukru	1100 C.
50 gr.	masła	450 C.
		1770 C.,

zatem pożywienie niedostateczne dla osoby, ważącej 80 kg. Stanowi to bowiem 20 C. na 1 kilogram wagi, licząc chleb za czystą skrobię. Przy tej dyecie otrzymaliśmy następujące wyniki: Względnie dużo kwasu moczowego, lotnych kwasów, amoniaku i indykanu. Z tablicy szczegółowej którą tu pomijamy), widać, że ani kwas moczowy, ani amoniak, ani kwasy lotne nie okazują dążności do spadania, zmniejszają się stale tylko aceton i indykan.

Kiedyśmy w dwójnasób zwiększyli ilość pożywienia dając teraz 2 litry mleka i 400 gr. chleba, zatem mniej więcej 37 kaloryj na kilogram wagi, zauważyć się dało zmniejszenie ilości moczu i zatrzymanie azotu, co objaśnia się chłonięciem wody i białka; zauważyć się dało nadto wyraźne zmniejszenie się ilości kwasu moczowego, indykanu i acetonu. Wyniki te, które widać jeszcze wyraźniej w liczbach średnich, uczą nas, że tak zwane niedopałki (»Schlacken«), głównie kwas moczowy i indykan, nie zależą wyłącznie od ilości podanego azotu, tylko raczej od stanu ustroju, od jego siły i zdrowia. Trudno przypuścić, żeby podwójna ilość białka dać mogła mniej ciał purynowych, ale rozkład białka, był teraz inny, zupełniejszy, może nawet gwałtowniejszy, chłonienie i spalanie lepsze. Wątroba była niewątpliwie sprawniejsza, skoro aceton się wyraźnie zmniejsza, a za nim indol moczu i indykan. — Nie można przypuszczać wobec tej samej ilości indolu w kale, że teraz podwójna ilość białka mniej dawała możności wytworzenia się indolu. Niewątpliwie w pierwszym okresie głodowym wszystko białko zostało wessane, pozostała drobna ilość dała ów indykan 0.096 gr. dziennie. W drugim okresie lepszego odżywiania mogła wessać się także cała ilość białka, ustrój wygłodzony skwapliwie chłonął strawione białko, zostawiając w kale zapewne nieznaczne ilości; te ilości były conajmniej równe ilości okresu poprzedniego (7 gr.), a przecie dały o połowę mniej indykanu. Wydaje mi się to przekonującym dowodem, że indol. wessany przy dobrem odżywianiu, prędzej i całkowiciej ulega zniszczeniu, niż w ustroju wygłodzonym.

Trzeci okres był znowu okresem głodowym, tylko tu zmieniliśmy formę pożywienia i usunęliśmy z pożywienia część tłuszczów, podając zamiast mleka, 50 gramów sera, odpowiadającego ilości sernika. Ten okres III wykazał mniej więcej ten sam typ wydzielania, co pierwszy: dużo kwasu moczowego, dużo amoniaku i dużo kwasów lotnych, ale wykazał także pewne bardzo szczególne zmiany. Stosunkowo duża ilość amoniaku jest przecie mniejsza, niż w pierwszym i drugim okresie, mniejsza jest szczególniej ilość indykanu, acetonu i indolu moczu. Ponieważ okres ten różnił się tylko ilością tłuszczu od okresu pierwszego, zatem wyniki te pozwalają ocenić wpływ tłuszczów. I tu widzimy zgodnie ze spostrzeżeniami innych autorów i naszemi dawniejszemi doświadczeniami, że tłuszcze źle wpływają na przemianę materyi i szczególniej źle przy ustroju wygłodzonym. Oto dodanie 50 gr. tłuszczu zwiększa nietylko ilość kwasów lotnych, co jest zupełnie zrozumiałe, ale zwiększa ilość amoniaku, acetonu i indykanu, mimo, że źródła acetonu, źródła indykanu i amoniaku zostały tesame. Godzi się przy tem przypomnieć, jak długo tułała się w nauce teorya o zależności acetonu od tłuszczów, ile to razy karmiono ludzi i króliki kwasami masłowymi, aby udowodnić, że te kwasy są istotnem źródłem acetonu. Teraz możemy z pewnem uzasadnieniem stwierdzić, że źródłem acetonu jest białko, a narządem, który go niszczy, wątroba (G. Rosenfeld). Znikanie acetonu pod wpływem cukru jest skutkiem wzmacniania wątroby, którą się — że tak powiem — cukrem pasie, zwiększanie acetonu przez tłuszcze jest skutkiem upośledzenia wątroby, której tłuszcze szkodzą. O tem, że tak jest, świadczą nietylko nasze doświadczenia, ale te wszystkie niezliczone prace, w których pod wpływem tłuszczów zauważono zwiększenie się ilości kwasów amidowych, szczawianów, słowem tych niedopałków, których niszczenie wątrobie przypada w udziale.

Przechodzimy do omówienia wyników okresu IV. W okresie tym dodaliśmy do dyety poprzedniego okresu 1 kilogram owoców. Pożywienie składało się zatem: z 50 gr. sera, 200 gr. chleba i 1 kilograma jabłek. Dyeta ta miała wpływ podwójny: 1) dodała pewną ilość cukru, co wywołało zmniejszenie się ilości wydzielonego azotu, 2) dodała pewną ilość zasad, powstałych przez spalanie soli owocowych. Widzimy więc pod wpływem i zasad i lepszego odżywiania opadanie ilości indolu i acetonu w moczu i kwasów lotnych, natomiast wskutek gorszego chłonienia — zwiększanie się ilości indykanu, a wskutek kwasów organicznych zwiększenie się ilości amoniaku. Szczególniej dobitnie wyraził się wpływ na chłonienie ilością azotu w kale, która wzrasta $1^{0}/_{0}$ na $3^{0}/_{0}$. Zapewne z tegosamego względu spotykamy powiększenie indolu w kale, a co za tem idzie, indykanu w moczu[1]).

Dyeta V. okresu składała się z dwóch kilogramów ziemniaków dziennie. Dyeta taka z wielu względów uchodzi za idealną i rzeczywiście na wydzielanie kwasu moczowego, amoniaku i t. d. wpływa dodatnio. Mimo to wyka-

---

[1]) Godzi się zaznaczyć, że to, co mówimy o okresie IV, nie jest w sprzeczności z poprzednią teoryą. Może być, że wątroba spalała w okresie IV lepiej indol, niż w okresie III, ale ilość indolu była o tyle większą, że mimo dobrego spalania indykanu ilość się zwiększyła.

zuje nasze doświadczenie, że wskutek złego odżywiania pewne składniki moczu wydzielają się w ilości zwiększonej, a ilość acetonu i indykanu wskazuje na brak sprawności wątroby. Nic dziwnego, że pod wpływem tej dyety, obfitującej w sole potasowe i doprowadzającej do zalkalizowania moczu, ilość amoniaku spada, ale mimo, że pożywienie zawiera mało białka i grup tryptofanu, widzimy zwiększenie się ilości indykanu i stosunkowo dużą ilość kwasów lotnych.

Dyetę ziemniaczaną w ostatnich czasach pod wpływem prac Hindhede[2]) wielce chwalono i zalecano. Trzeba pamiętać, że chociaż jako środek leczniczy może być ta dyeta pomocna, to jednak za prawidłową uważać jej nie można. Widzimy wpływ jej dodatni, widzimy, że oszczędza najbardziej białko u wszystkich znanych dyet, ale ustrój pod wpływem takiego szczupłego odżywiania staje się mniej odporny i wszelka zmiana w dyecie wyraża się znacznie gwałtowniej, niż przy zwykłem żywieniu. Sprobowaliśmy dodać po 3 dniach żywienia ziemniakami 50 gramów tłuszczów i natychmiast otrzymaliśmy potrójne ilości amoniaku i indykanu w moczu, co w myśl naszych doświadczeń świadczy o niesprawności wątroby.

Tablica I.

	1000 gr. mleka 200 gr. chleba	2000 gr. mleka 400 gr. chleba	50 gr. sera 200 gr. chleba 1000 gr. wody	50 gr. sera 200 gr. chleba 1000 gr. owocu	2000 gr. ziemniaków	Głód zupełny
	I	II	III	IV	V	VI
Ilość moczu	1290	950	1400	1600	1300	600
Azot	13.46	16.05	12.44	9.75	7.17	6.76
Kwas moczowy	0.619	0.407	0.445	0.55	0.409	0.071
Amoniak	0.432	0.687	0.396	0.623	0.250	0.260
Lotne kwasy	0.605	0.560	0.450	0.310	0.390	0.297
Indykan	0.096	0.040	0.023	0.040	0.061	0.216
Aceton mgr.	0.71	0.37	0.66	0.33	0.61	7.86
Indol mgr.	0.93	0.74	0.35	0.35	0.12	
Ilość kału	70	160	100	370	120	
Azot kału	1.1	1.4	1.4	3.6	1.1	
Indol kału mgr.	10.2	7.2	7.3	8.8	7.6	

II.

Badanie chorób wątroby polegało na zestawieniu wyników, otrzymanych przy różnych sposobach żywienia i porównaniu tych wyników z wynikami otrzymanymi u zdrowych. Nr. 1 do 4.) włącznie są to przypadki zaników wątroby, Nr. 5, 6, przypadki żółtaczki tak zwanej nieżytowej, z których jeden lekki, a drugi (Nr. 6) ciężki. W przypadku Nr. 5 żółtaczka ustępowała tak szybko i ogólny stan tak szybko się poprawiał, że w ciągu naszego badania dała się różnica stwierdzić i wykazać w wydzielaniu moczu. Szczególniej takie przypadki upoważniają nas do ustalenia pewnego typu wydzielania. Chory Nr. 6 bardzo powoli tracił żółtaczkę i musieliśmy na kilka tygodni odłożyć badanie, żeby módz porównać wydzielanie w czasie żółtaczki i po jej ustąpieniu. I tu znów porównanie okresu ostatniego Nr. 6 a z okresem poprzednim ułatwia nam ocenę zmian w moczu. Widzimy wyraźny spadek ilości kwasu moczowego, amoniaku, indykanu i kwasów amidowych:

Zestawiając liczby średnie w tablicy II stwierdzamy z małymi wyjątkami zwiększenie się ilości kwasu moczowego, amoniaku, indykanu i acetonu. Zwiększenie się to nie ulega zmianom przy zmianie dyety, raczej przy dyecie mlecznej zaznacza się jeszcze wyraźniej. Godzi się tu przypomnieć, że dyeta mleczna, aczkolwiek często z dobrym skutkiem stosowana, jest przecie dyetą obfitującą w tłuszcze, a tłuszcze stanowczo źle wpływają na czynności wątroby. Spostrzegamy zatem prawie we wszystkich przypadkach, a szczególniej w przypadkach ciężkich — niemal szkodliwy wpływ mleka. (Nr. 3). Dopiero tam, gdzie wątrobę uważać możemy za wyleczoną (okres trzeci Nr. 6), zaznacza się dodatni wpływ mleka, zmniejszając kwas moczowy, amoniak, indykan.

Raz jeszcze zaznaczamy, że mleko pomimo braku ciał purynowych w czasie choroby wątroby nie zmniejsza ilości kwasu moczowego w moczu.

Tablica II.

Choroby wątroby.

Średnie liczby przy dyecie mlecznej.

	1) Cr.	2) N.	3) M.	5) G.	6) Ma.
Ilość moczu	1900	1000	3000	2400	1300
Ilość azotu	13.5	7.7	19.6	15.02	6.2
Kwas moczowy	0.56	0.25	0.36	0.62	0.51
Amoniak	0.38	0.44	0.46	0.29	0.31
Lotne kwasy	0.35	0.36	0.94	0.85	0.32
Indykan	0.19	0.39	0.31	0.23	0.09
Aceton w mgr.	3.5	9.2	2.8	7.4	1.6
Indol w mgr.	0.61	0.56	0.96	—[1])	—[2])
Ilość kału	190	170	150	217	136
Azot kału	0.7	1.2	1.0	0.9	0.85
Indol w kale mgr.	25.2	9.4	6.2	3.1	6.8

[1]) Kwasy amidowe 0.746. [2]) Kwasy amidowe 0.744.

Dyeta mieszana.

	1) Cr.	4) O.	3) M.	5) G.	6. Ma	6) Ma G.
Ilość moczu	1300	1300	2200	2300	1300	1300
Azot	9.3	5.5	7.2	19.2	7.5	8.6
Kwas moczowy	0.60	0.40	0.18	0.93	0.63	0.37
Amoniak	0.32	0.34	0.20	0.27	0.39	0.21
Latne kwasy	0.30	0.40	0.31	0.63	0.38	0.37
Indykan	0.18	0.20	0.08	0.25	01.06	0.016
Aceton w mgr.	2.13	2.9	0.9	3.9	2.3	7.3
Indol w mgr.	0.70	2.9	0.46	—[1])	—[2])	—
Ilość kału	280	100	190	260	320	240
Azot kału	1.5	0.9	1.5	1.9	1.3	2.1
Ilość indulu w mgr.	14.0	15.0	16.4	9.0	4.1	4.0

[1]) Kwasy amidowe 0.322. [2]) Kwasy amidowe 0.740

[2]) Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. III., p. 366.

Tablica III zawiera zestawienie średniego wydzielania w cukrzycy (Nr. 7), w złośliwej niedokrwistości (Nr. 8), w białaczce na tle kiły (Nr. 9), w zatruciu kwasem solnym, które doprowadziło do zgonu (Nr. 10). — Wreszcie Nr. 10 a i Nr. 13 są to mocze osób zdrowych, pierwszy pod wpływem zupełnego głodu, drugi (Nr. 13) figurował jako tężec, bez wyraźnych objawów.

Tablica III

	7) K.	8) S.	9) Mn.	9) Mn a	10) K.	10) a	13)
Ilość moczu . .	1200	1500	1100	1500	760	600	700
Azot moczu .	8.5	16.2	6.5	7.6	8.0	6.7	6.3
Kwas moczowy	0.42	1.08	0.51	0.64	0.143	0.37	0.18
Amoniak . . .	0.62	0.46	0.13	0.19	0.270	0.26	—
Kwasy lotne .	0.24	0.33	0.35	0.29	0.461	0.29	--
Indykan . . .	0.133	0.04	0.21	0.16	3.85	0.216	0.072
Aceton mgr. .	17.0	3.4	2.1	1.1	22.8	7.5	0.72
Indol w mgr. .	0.72	0.89	0.34	0.48	—[1]	—[2]	—
Ilość kału . .	300	30	150	150	—	—	—
Azot kału . .	1.8	0.4	1.2	1.2	—	—	—
Indol kału mgr. .	23.5	4.8	5.6	15.0	—	—	—

[1]) Kwasy aminowe 0.900. [2]) Kwasy aminowe 0.096.

Porównując wyniki średniego wydzielania w przypadkach cukrzycy, niedokrwistości złośliwej, białaczki, zatrucia kwasem i głodu, które zestawiliśmy w tablicy III, dochodzimy do wniosku, że wydzielanie w chorobach wątroby ma cechy szczególne i różni się od wydzielania, spostrzeganego w innych chorobach.

Cukrzycę cechuje większe wydzielanie amoniaku i acetonu, kwas moczowy wydziela się raczej w małej ilości. W białaczce i niedokrwistości przeciwnie wydziela się dużo kwasu moczowego, ale ani aceton, ani indykan, ani amoniak nie wydziela się nadmiernie.

Zatrucie kwasem i głód, chociaż wywołują zwiększenie się ilości kwasów lotnych, amoniaku i acetonu, — uderzają brakiem zwiększenia się ilości kwasu moczowego.

Widzimy więc z tego krótkiego przeglądu, że jedynie w chorobach wątroby powstaje cały ten zespół; w innych chorobach zależnie od szczególnych przyczyn może się zwiększać wydzielanie tych lub owych składników, ale całego typu wydzielania, jak w cierpieniach wątroby, nie tworzą.

Każde wydzielanie zależy bowiem od wielu czynników i jest ich wypadkową. Choć to prawo bardzo proste i zrozumiałe, jednak zdają się o niem zapominać licznie badacze, »sprawdzający« wyniki drugich. Ktokolwiek badał wpływ tłuszczu lub nukleiny na wydzielanie kwasu moczowego lub indykanu, ten rozumie, do jak zwodniczych wyników doprowadzić może »zestawianie« kwasów amidowych i kwasu moczowego, albo acetonu i amoniaku, jeżeli się nie wprowadzi ciągłości w badanie, jeżeli się nie porównywa różnych okresów badania i nie uwzględnia wpływu dyety. Nie mówię o takich wybitnych czynnikach, jak kwaśność w cukrzycy, powodująca amoniak, aceton; albo leukocytoza, która zapewne pozostaje nie bez wpływu na wydzielanie kwasu moczowego.

Wątrobie musimy przypisać pewne pierwszeństwo wśród narządów, a zaburzenia czynności wątroby muszą ogarniać szersze dziedziny przemiany materyi, niż choroba krwi lub nerek.

Probowaliśmy znaleść różnicę pomiędzy wydzielaniem w zaniku wątroby i w przypadku tak zwanej żółtaczki nieżytowej. Jak wiadomo, żółtaczka nie jest, zdaniem nowszych badaczy, wywołana jedynie mechanicznem zatrzymaniem żółci, raczej jest to w większości przypadków nadmierne wytwarzanie żółci, jakieś swoiste zaburzenie czynności wątroby. Świadczą o tem liczne spostrzeżenia; czułość na cukier lewozwrotny w przypadkach żółtaczki jest prawie większa, niż w zaniku wątroby. I nasze spostrzeżenia świadczą o tem że żółtaczka zmienia typ wydzielania i różni się tylko stopniem zwiększenia. Może w stosunku do ilości azotu wydzielanie składników jest mniejsze, ale bądź co bądź ani białaczka ani cukrzyca tej sumy zmian nie wykazuje.

Porównywaliśmy wreszcie wydzielanie u chorych na nerki z wydzielaniem w chorobie wątroby. Zestawienie średnich wyników (tablica IV) poucza, że zmiany w filtracyi moczu nie wpływają na wydzielanie. Dwa wybrane przez nas przypadki zaniku nerek różniły się pomiędzy sobą, ale ani przy dyecie mieszanej, ani przy mlecznej mocz nie przedstawiał obrazu tego wydzielania, jakie przywykliśmy spotykać w chorobach wątroby.

Tablica IV.

	Dyeta mleczna		Dyeta mieszana	
	Nr. 11 S.	Nr. 12 Fr.	Nr. 11 S.	Nr. 12 Fr.
Ilość moczu . . .	2900	1600	2300	2000
Azot	15.04	12.4	16.4	16.1
Kwas moczowy .	0.418	0.37	0.54	0.231
Amoniak	0.296	0.39	0.54	0.230
Kwasy lotne . . .	0.378	1.10	0.55	0.77
Indykan	0.360	0.111	0.49	0.114
Aceton w mgr. . .	1.8	0.9	3.26	1.8
Indol w mgr. . .	0.51	1.0	1.33	0.4
Ilość kału	125	170	180	150
Azot kału	1.25	0.8	1.3	1.7
Indol kału w mgr. .	12.2	11.2	3.3	13.2

Wnioski naszych z doświadczeń są następujące:

1) W chorobach wątroby cały szereg ciał wydziela się w moczu w ilościach nadmiernych: mianowicie kwas moczowy, amoniak, kwasy lotne, aceton, indykan i kwasy amidowe W porównaniu z ilością wydzielanego azotu, która zazwyczaj o tyle jest mniejsza, o ile zanik wątroby jest dalej posunięty (hypazoturia), wydzielanie wymienionych składników szczególniej uderza.

2) W chorobach krwi, w zatruciu kwasem w cukrzycy — nie spotykamy typowego wydzielania, właściwego chorobom wątroby.

3) Głód może doprowadzić do podobnego wydzielania, ale wydzielanie w czasie głodu — i gorączki różni się stopniem zwiększenia się ilości wspomnianych składników. Składniki te w stosunku do azotu wydzielają się w ilości mniejszej, niż w chorobach wątroby.

4) Żółtaczka tak zwana nieżytowa nie różni się wiele wydzielaniem od zaniku wątroby. W żółtaczce znajdujemy

większą ilość azotu, przez co wydzielanie kwasów, acetonu i t. d. jest stosunkowo mniejsze.

Szczegółowe tablice opuszczamy dla braku miejsca.

Oceny i sprawozdania.

Dr J. Salpeter: **Einführung in die höhere Mathematik für Naturforscher und Ärzte.** Z 147 rys. w tekscie. Jena, Gustaw Fischer 1913. (Mk. 12).

Podstawy t. zw. wyższej matematyki nie należą dziś jeszcze do programu nauk na wydziale lekarskim. W niektórych tylko uniwersytetach, n. p. w Lipsku, wykładany jest »wstęp do wyższej matematyki« dla medyków, jako przedmiot nadobowiązkowy. Natomiast coraz częściej ukazują się na rynku księgarskim podręczniki, których zadaniem ma być przysporzenie przyrodnikom elementarnych wiadomości z dziedziny rachunku różniczkowego i całkowego, oraz geometryi analitycznej. W szeregu dzieł tego rodzaju wyróżnia się książka Dr Salpetra tem, że lepiej, niż inne, przystosowana jest do potrzeb i właściwości umysłu przyrodników (biologów) i lekarzy. Dlatego radbym zwrócić na nią uwagę czytelników pism lekarskich.

Autor zdaje sobie dokładnie sprawę z ważności zadania oraz z trudności swego przedsięwzięcia. Podręcznik matematyki dla biologów i lekarzy nie może być napisany w celach wyłącznie praktycznych, ma on bowiem także i ogólniejsze dydaktyczne zadanie. Wszakże matematyka ma dobrze zasłużoną sławę najściślejszej z nauk, a właśnie poczucie potrzeby tej ścisłości, poczucie braku matematycznego wykształcenia umysłu jest najczęściej bodźcem, skłaniającym biologa lub lekarza do podjęcia studyów matematycznych. Z drugiej strony olbrzymi obszar wiadomości, które student biologii ogarnąć musi w stosunkowo krótkim czasie, oraz właściwe naukom biologicznym metody badania stwarzają trudności natury psychologicznej. Biolog ma wskutek studyum anatomii dobrze wykształconą wyobraźnię geometryczną, brak mu natomiast zupełnie poczucia potrzeby i ważności arytmetyzacyi. Stąd pochodzi, że ta najdoskonalsza właśnie pod względem ścisłości forma wystawienia twierdzeń i dowodów matematycznych, która polega na zupełnej ich arytmetyzacyi, a obywa się bez intuicyi geometrycznej, przedstawia dla biologów trudności często nieprzezwyciężalne. Czytając w tym stylu zredagowany wywód, musi też przyrodnik lub lekarz częstokroć więcej czasu i pracy zużyć na przekonanie się o potrzebie dowodu pewnego, intuicyjnie dlań zrozumiałego twierdzenia, niż na przyswojenie sobie samego twierdzenia i jego zastosowań. Matematycy-rygoryści stawiają kwestyę na ostrzu miecza i twierdzą: albo należy uczyć się matematyki ściśle, albo lepiej nie uczyć się wcale. W praktyce znaczy to: albo należy nauce matematyki poświęcić czasu tyle, ile jej lekarz, a nawet i przyrodnik nigdy prawie poświęcić nie może, albo zrezygnować z niej zupełnie.

Dr Salpeter rozcina ten węzeł gordyjski w sposób równie stanowczy — lecz, sądzę, nierównie szczęśliwszy. R e z y g n u j e ś w i a d o m i e i c e l o w o z a r y t m e t y z a c y i t w i e r d z e ń i dowodów, a korzysta natomiast w całej pełni z wyrobionej geometrycznej intuicyi czytelnika. Metoda dydaktyczna autora polega na tem, że zręcznie omija i przemilcza wątpliwości, któreby niewykształconemu matematycznie umysłowi same się nie nasunęły, a którychby na tym poziomie nauki, na którym podręcznik ma być utrzymany, usunąć nie mógł. Niewątpliwie bowiem mniejszą się wyrządza szkodę czytelnikowi, jeśli mu się poda bez dowodu twierdzenie, intuicyjnie dlań zrozumiałe, niż jeśli się go zniechęci dowodem, mniej lub wcale go nie przekonującym. Autor zachowuje przytem jednak ścisłość nienaganną tam, gdzie tego wymagają istotnie ważne względy dydaktyczne. A więc unika starannie wyrażeń i pojęć tak nieokreślonych i szkodliwych, jak »wielkość nieskończenie mała«; nie przemyca nigdzie mechanicznych operacyi rachunkowych, a tam, gdzie, jak n. p. w technice całkowania, istotnie ważnem staje się pewne zmechanizowanie rachunku, tam wskazuje wyraźnie na pochodzenie, znaczenie i pomocniczą rolę takich n. p. pojęć, jak »różniczka«. Wielką wagę przywiązuje autor słusznie do tego, by każde twierdzenie i każdą regułę utrwalić w umyśle ucznia szeregiem łatwych i prostych przykładów. Jest ich mnóstwo, a zaczerpnięte zostały ze wszystkich niemal dziedzin wiedzy: z geometryi i mechaniki, z fizyki, chemii i radyologii, z fizyologii oraz serologii. Pod tym względem wyróżnia się książka autora nader korzystnie z szeregu podręczników o podobnej treści. Zręcznie dobrane i oryginalne przykłady, którymi autor ilustruje pojęcie granicy nieskończonego ciągu liczb, pojęcie ciągłości funkcyi i pochodnej lub wreszcie przykłady całkowania równań różniczkowych, stanowią niewątpliwie najbardziej interesującą i najcenniejszą stronę dzieła. Szczególnie pouczającą okazuje się metoda operowania wielką liczbą przykładów tam, gdzie jest mowa o subtelniejszych własnościach funkcyi, określonych w przedziale niezamkniętym, lub funkcyach nieokreślonych w pewnych punktach przedziału, albo wreszcie o funkcyach nieciągłych.

Książka, obejmująca zaledwie 336 stron druku, zawiera treść matematyczną nader bogatą. W części I, zajmującej się rachunkiem różniczkowym, wyprowadza autor pojęcie pochodnej funkcyi zupełnie ściśle przy pomocy pojęcia granicy nieskończonego ciągu liczb (rozdziały 1 i 2) i daje natychmiast (w rozdziale 3) szereg przykładów przyrodniczych na pochodną. Rozdziały 4, 5 i 6 poświęcone są różniczkowaniu funkcyi algebraicznych, racyonalnych i trygonometrycznych. Dalej jest mowa o pochodnych wyższego rzędu (rozdział 7), o »maximach i minimach« (rozdział 8), o logarytmie naturalnym i funkcyi eksponencyalnej (rozdział 9) i o pochodnych cząstkowych (rozdział 10). Wreszcie w rozdziałach 11 i 12 podaje autor podstawy teoryi równań różniczkowych rzędu 1. oraz twierdzenie o wartości średniej i jego zastosowania. Zakończenie części I stanowi bardzo interesująca rozprawa na temat »o matematycznem traktowaniu zagadnień przyrodniczych«, w której ogólne zasady metodologiczne objaśnione są szeregiem przykładów z dziedziny chemii i serologii. Część II poświęcona jest rachunkowi całkowemu. Autor podaje więc zasadnicze formuły rachunku całkowego (1), technikę całkowania oraz najważniejsze metody obliczania całek (2, 3, 4). Dalej mówi o różniczce zupełnej (5), o podstawach teoryi równań różniczkowych zwyczajnych rzędu 2 (6), oraz o teoryi i obliczaniu całek określonych (7). Na zakończenie (rozdział 8) podaje autor teoryę drugiej zasady termodynamiki (zasada eutropii). Daje mu to sposobność do zużytkowania nabytych przez czytelnika wiadomości matematycznych, a zarazem i przekonania go naocznie o wielkiej korzyści, jaką odniósł z tego studyum. Po tej dygresyi w dziedzinę fizyki teoretycznej, która zaznajamia czytelnika z jedną z najważniejszych ogólnych zasad przyrodoznawstwa, wraca autor w interesującym przykładzie (ćwiczenie na str. 296) w sferę bliżej zajmującą czytelnika i porusza znane, a ważne zagadnienie fizyologiczne: dlaczego organizm żywy nie może być uważany za machinę termodynamiczną?

Sądzę, że książka niniejsza odda lekarzom i przyrodnikom cenne usługi i może być gorąco polecona wszystkim, którzy pragną nietylko rozpocząć studyum matematyki, ale i doprowadzić w niem chcą do pewnych konkretnych wyników. Książka wydana naogół starannie. Niestety korekta nie była jednak dostateczna, wskutek czego wkradły się błędy drukarskie zarówno w tekst, jak i w rysunki (zauważyłem błąd w rys. 25 na str. 39). Uważny czytelnik z łatwością jednak usterki te dostrzeże.

Dr Stanisław Loria,
docent prywatny Uniw. Jagiell.

W sprawie oddziału kiłowoskórnego w szpitalu lwowskim i zwalczania chorób wenerycznych w kraju

napisał

Dr Jan Lenartowicz,

prymaryusz oddziału kiłowoskórnego dla kobiet we Lwowie.

(Memoryał przedłożony Wydziałowi krajowemu w lutym 1916).

(Dokończenie)

Łatwiej o utworzenie związków i komitetów dobroczynnych z powyższymi celami w miastach większych, niż na pro-

wincyi. Samo się przez się rozumie, że ogniska centralne nie powinny mieć na oku jedynie miast, w których istnieją, ale pilnie śledzić potrzeby poszczególnych gmin i powiatów. Zakres działania powiatów i gmin ograniczyłby się do policyi sanitarnej. Osoby wenerycznie chore, wyśledzone przez władze, byłyby odstawiane do szpitali centralnych. Koszta podróży i transportu musiałoby ponosić państwo, nie gmina. W których punktach Galicyi należałoby przygotować dobrze wyposażone i dosyć obszerne i na jaką liczbę łóżek obliczone oddziały dla wenerycznie chorych kobiet, a po wojnie i mężczyzn? Sądzę, że przedewszystkiem należałoby mieć na względzie takie miasta, jak: Kraków, Tarnów lub Rzeszów, Przemyśl, Lwów, Stanisławów, Kołomyja i Tarnopol. W tych miastach należałoby urządzić centrale dla pomieszczenia i leczenia chorych wenerycznie kobiet, po wojnie i mężczyzn. Ze sprawozdań sanitarnych poszczególnych powiatów należałoby prowadzić ścisłą ewidencyę co do ewentualnego szerzenia się w nich chorób wenerycznych, po dostrzeżeniu nadmiernego ich wzrostu wysyłać do miejsc tych lotne oddziały sanitarne, złożone ze specyalistów, którzyby w jak najkrótszym czasie przymusowo ludność danego powiatu pod względem chorób wenerycznych zbadali i chorych przymusowo odsyłali na koszt państwa do najbliższej centrali celem internowania i leczenia. O ileby jakaś okolica obfitowała w nadmierną liczbę chorych kiłowych, przewyższającą możność pomieszczenia w centrali, należałoby na miejscu urządzić barak (w czasie wakacyi szkołę) i ambulatoryjnie robić jak najszerszy użytek z masowego leczenia salwarsanem, jako sposobu najłatwiejszego do wykonania i najrychlej usuwającego zmiany zakaźne. O każdym mężczyźnie wenerycznie chorym, powracającym do domu po wojnie, ma być w myśl reskryptu Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 7. listopada 1915 l. 15.180/S powiadomiona władza polityczna danej gminy i tacy chorzy powinni być specyalnie kontrolowani przez lekarzy powiatowych. Rozmiary i ramy, w jakich urządzenia centrali przeprowadzić należy, dadzą się wyprowadzić z poszczególnych sprawozdań. Tylko z pomocą finansową, i to z pomocą wydatną, bez ograniczeń, dyktowanych zbytnią oszczędnością, powinien krajowi przyjść jak najrychlej Rząd. Kraj, zrujnowany materyalnie, walczący resztkami sił z szerzącemi się gwałtownie chorobami wenerycznemi, sam, bez natychmiastowej wydatnej pomocy finansowej Rządu, od plagi tej się nie uwolni. Każdą propozycyę kraju, z pewnością dobrze obmyślaną i najskrupulatniej oszczędnościowo obliczoną, powinien Rząd poprzeć finansowo bez dalszego uszczuplania i z wiarą, że te fundusze istotnie są nieodzowne.

Z wiarą, że tak będzie, pozwalam sobie i ja w memoryale niniejszym przedłożyć Wysokiemu Wydziałowi krajowemu postulaty i wnioski w sprawie rozszerzenia istniejącego w szpitalu lwowskim oddziału dla kobiet, dotkniętych chorobami płciowemi, tudzież stworzenia przy szpitalu zakładu dla pomieszczenia, leczenia i zatrudnienia kobiet, temi chorobami dotkniętych.

Jeżeli Lwów, odnośnie do tego, co wyżej przytoczyłem w sprawie centralizacyi walki z chorobami wenerycznemi, ma sprostać swemu zadaniu i jeśli jako stolica kraju ma dać wzór dla tworzenia się podobnych zakładów innym miastom, to przedewszystkiem we Lwowie akcya ta ma być pomyślana w ramach możliwie najszerszych, o urządzeniach wzorowych. Z góry więc już trzeba być przygotowanym na bardzo poważne koszta. Akcya przytem powinna się rozpocząć natychmiast, ale nie dorywczo, — natychmiast, ale z utworzeniem czegoś nie tymczasowego, tylko w miarę obecnych warunków czegoś trwałego. Że zaś w obecnych czasach wojny już ze względu na brak materyału budowlanego i sił roboczych, ze względu na nagłość sprawy, nie można myśleć o budowie podobnych zakładów, poleca Ministerstwo spraw wewnętrznych reskryptem z d. 5. listopada 1915 l. 15.357, wynajęcie jakiegoś w pobliżu szpitala położonego domu i odpowiednie zaadaptowanie go do miejscowych potrzeb. Co więcej, tenże sam reskrypt Ministerstwa spraw wewnętrznych zezwala na użycie do tego celu filii szpitali wojskowych i nawet tego rodzaju budynki wojskowe na ten cel zaleca, ze względu, że koszta w tym wypadku nie będą zbyt wielkie. Zgodnie więc z reskryptem Ministerstwa spraw wewnętrznych, polecałbym gorąco dla Lwowa i jego poblizkich powiatów kompleks baraków wojskowych, znajdujących się w pobliżu szpitala, a przytykający do kliniki chirurgicznej. Część tych baraków odstąpiły obecnie władze wojskowe Gal. Towarzystwu Czerwonego Krzyża, które to budynki Zarząd Czerwonego Krzyża odpowiednio do swych potrzeb niewielkim kosztem zaadaptował. W jednym z baraków, należącym obecnie do Czerwonego Krzyża, znajduje się wzorowo pod każdym względem urządzony oddział przyjęć wraz z szatnią, odwszawiarnią, łazienką, pokojem do strzyżenia włosów, izbą przyjęć i salą do oględzin lekarskich, przyczem ubikacye przytykające, obszerne, dobrze ogrzane i jasne, mogą wystarczyć na pomieszczenie wygodnie 80 łóżek. Trzy inne budynki, nie mające wyżej wspomnianych urządzeń, a zajmujące tensam obszar, mogłyby służyć każdy na pomieszczenie 100—120 łóżek, czyli w 4 barakach parterowych znalazłoby pomieszczenie średnio 400—450 chorych. Gdyby można od zarządu Gal. Towarzystwa Czerwonego Krzyża wyjednać ustąpienie zajmowanych przez nie czasowo ubikacyi, a od władz wojskowych oddanie reszty baraków do użytku szpitala powszechnego we Lwowie, to we wspomnianym kompleksie baraków znalazłoby odrazu pomieszczenie 400—450 chorych wenerycznie kobiet. — Rozkład poszczególnych baraków jest tego rodzaju, że możnaby uczynić zadość postulatom racyonalnego podziału chorych i oddzielić chore na kiłę od chorych na wiewiór, osoby, dostawione przez władze policyjno-sanitarne, od osób, zgłaszających się dobrowolnie, słowem wprowadzić ład i porządek, który w racyonalnem zwalczaniu chorób wenerycznych u kobiet — poważnej połaci kraju mógłby oddać prawdziwe i rzetelne usługi. Ponieważ reskrypt Ministerstwa spraw wewnętrznych poleca zużytkowanie internowanych prostytutek w czasie ich pobytu w zakładzie leczniczym do wykonania prac (naprawa i szycie bielizny szpitalnej, pranie, zajęcia kuchenne i t. p.), co więcej, zaleca utworzenie warsztatów, w którychby chore mogły uczyć się uczciwie zarobkować, trzeba już z góry liczyć się z tem, że może zajść potrzeba dobudówek, słowem liczyć się z przestrzenią na przyszłość. Kompleks wspomnianych baraków ma poddostatkiem jeszcze niezabudowanej przestrzeni, któraby do tych celów zużytkowana być mogła. Zresztą obliczenie pomieszczenia 400—450 łóżek jest obliczeniem maksymalnem, jest obliczeniem na maksymalny w obecnych warunkach wzrost chorób wenerycznych. System pawilonowy baraków nadaje się znakomicie do tego, aby w miarę wzrostu liczby chorych zużytkowywać kolejno poszczególne pawilony, któreby przed koniecznem ich obstawieniem łóżkami mogły służyć za warsztaty pracy. Gdyby Zarząd Gal. Towarzystwa Czerwonego Krzyża nie mógł ponieść już teraz, w czasie wojny, tej ofiary dla dobra kraju i nie mógł odstąpić zajmowanych przez siebie pawilonów, należałoby się zwrócić do władz wojskowych z prośbą o odstąpienie przynajmniej 2 pawilonów, zajmowanych obecnie przez wojsko, celem pomieszczenia najmniej 200 łóżek. Jest to prośba tembardziej uzasadniona, że po pierwsze upoważnia do niej Ministerstwo spraw wewnętrznych, wskazując tę drogę, jako najodpowiedniejszą, po drugie dlatego, że rozmaite Komendy etapowe posyłają nam już dziś do internowania zdrowe i niezdrowe kobiety, podejrzane o nierząd, widząc w szpitalu lwowskim centralę dla tych celów i nie pytając o to, czy krajowy szpital powszechny taką centralą już jest istotnie. Uczynić gotowi jesteśmy jak najwięcej w tej sprawie dla wspólnej akcyi zwalczania chorób wenerycznych w kraju, ale niech wojskowość ze swej strony w miarę możności akcyę tę nam ułatwi. Na 89 łóżkach etatowych leczył szpital powszechny we Lwowie w r. 1915 codziennie średnio 141·1 chorych wenerycznych tylko, a leczył tak dobrze w interesie kraju, jak w interesie walczącej armii, słuszna więc, aby tak władze wojskowe, jakoteż Rząd w tej pracy ponad siły przyszły szpitalowi lwowskiemu z jak najrychlejszą i jak najwydatniejszą pomocą. Wysoki Wydział krajowy raczy podać do wiadomości odnośnych Władz przytoczone, na rzetelnej prawdzie oparte fakty i jak najenergiczniej domagać się pomocy Rządu, bo tylko wówczas nałożonym reskryptami Ministerstw obowiązkom istotnie podołać będzie można. W razie przychylnej odpowiedzi władz decydujących należy się zwrócić do władz wojskowych z prośbą, ażeby zwolniły od służby wojskowej lub jako lekarzy wojskowych przydzieliły do poszczególnych szpitali takich lekarzy, którzy są obeznani bądź to z akcyą zwalczania chorób wenerycznych, bądź też, jako lekarze specyaliści, tę akcyę doskonale rozumieją.

Memoryał niniejszy, będący odpowiedzią na okólnik Wydziału krajowego z dnia 7. stycznia 1916 LW. 50.728/15, pozwolę sobie zamknąć garścią dat statystycznych, zezwalających na pobieżne przynajmniej zoryentowanie się co do stanu chorób wenerycznych we Lwowie i najbliższych jego okolicach.

W r. 1915 leczono na oddziale kiłowo-skórnym kobiet szpitala powszechnego we Lwowie samych wenerycznych 1656, a więc o blizko 1000 więcej, niż w latach poprzednich; leczono kosztem 51.629 dni leczenia, czyli kosztem o 31.287 dni większym, niż w r. 1913. Średnia liczba dni leczenia jednej wenerycznej w r. 1915 wynosiła 31·1 dni, gdy w r. 1913 27·7 dni. Od początku lipca 1915 po dzień 1. stycznia 1916 sama policya lwowska dostawiła do przymusowego leczenia 622 kobiet wene-

rycznych, liczbę czterokrotnie wyższą, niż w latach poprzednich. W r. 1913 z miasta Lwowa samych kiłowych leczono 211, z okolic podmiejskich 49, z dalszych powiatów Galicyi 99. Razem kiłowych 359. W r. 1915 leczono z miasta Lwowa kiłowych 518, a więc liczbę $2^1/_2$ razy większą, z okolic podmiejskich 95, a więc liczbę 2 razy większą, z innych powiatów: 166, a więc znowu liczbę około 2 razy większą, niż w r. 1913. Z okupowanych powiatów Królestwa Polskiego dostawiono do przymusowego leczenia w r. 1915 27 kiłowych. Gdy w r. 1913 najobfitszy w liczbę chorych miesiąc grudzień dał 60 wenerycznych, w tem miasto Lwów 41; przedmieścia i okolice podmiejskie 5, inne powiaty 14, to w r. 1915 miesiąc wrzesień dostarczył z miasta Lwowa 104, z okolic podmiejskich 19, z innych powiatów Galicyi 30, z okolic okupowanych 12, razem wenerycznych 164. Według zawodów z owych 2 miesięcy: w r. 1913 sług 16, rzemieślników 5, zarobników miejskich 8, zarobników wiejskich 1, prostytutek 30. W r. 1915 według zawodów: sług 34, rzemieślników 8, zarobników miejskich 19, zarobników wiejskich 6, prostytutek 97.

Zestawienie to wykazuje, jak szybko wzrosła liczba chorób wenerycznych wśród rozmaitych warstw ludności ubogiej i poucza, że z racyi utraty zajęć na dno prostytucyi tajnej stoczyły się zwłaszcza sługi, nie umiejąc znaleść zapewniającego im utrzymanie sposobu zarobkowania. Z tego pobieżnego zestawienia widać, jak wiele kobiet możnaby wydobyć z nędzy prostytucyi, gdyby przy szpitalach utworzyć tak, jak proponuje Ministerstwo, domy pracy.

Takie domy pracy, warsztaty, z którychby chore w czasie długiego swego pobytu w szpitalu mogły się czegoś nauczyć, a po wyjściu ze szpitala zarobkować bez powrotu do prostytucyi, są niezbędną bronią w racyonalnej walce z prostytucyą. Zastrzedz jednak muszę, że praca ta, o ile będzie wydatną, powinna być płatna. Przymusowa, lecz w miarę wydajności płatna praca, oto warunek, który w takich zakładach powinien być ściśle przestrzegany. Czy ta płaca ma iść w całości do rąk pracownicy, czy część tylko poważna, może być rzeczą dyskusyi, ale powinno być ustawowo zastrzeżone. Kobieta, wychodząca ze szpitala z jakimkolwiek uczciwie zapracowanym kapitałem, oprze się prędzej pokusom łatwego zarobkowania przez prostytucyę, niż kobieta, która, pracując w zakładzie szpitalnym, wychodziłaby bez grosza, co więcej z poczuciem krzywdy, że nawet uczciwą jej pracę wyzyskano. Należałoby też bezwarunkowo zmienić, jako niemoralny, zwyczaj ściągania części kosztów leczenia z depozytów chorych, złożonych w kasach szpitalnych, przynajmniej w odniesieniu do prostytutek. Natomiast możnaby pomyśleć o ustawowem ściąganiu kosztów leczenia, zaintabulowanych (do pewnej tylko wysokości) na płacy za przymusową pracę prostytutki w szpitalu.

Do zakładania domów pracy, do nauczania w warsztatach, do akcyi społecznej wogóle, należałoby zaprosić jak najszersze komitety użyteczności publicznej, wykołatać u nich fundusze na ten cel. Rząd i Państwo niech zechcą tylko tłumić racyonalnie szerzącą się klęskę chorób wenerycznych, niech nie skąpią wydatków na te cele, a można ufać, że przy pracy i dobrej woli i tę klęskę zwycięzko przetrwamy.

O ile mi wiadomo, w Niemczech już na długo przed wojną wzięto się energicznie do zwalczania chorób wenerycznych, nie szczędząc olbrzymich kosztów na ten cel, temu też zapewne zawdzięczać należy rażące różnice w szerzeniu się chorób wenerycznych w armii niemieckiej a armii austryackiej. Statystyka Prof. Fingera z r. 1913 wykazuje, że gdy w armii niemieckiej ilość chorób wenerycznych wynosi 19‰, to w armii austryackiej 62‰. Dom dla prostytutek na 88 łóżek, jeden z najwspanialszych w Niemczech — zbudowano we Frankfurcie n/M. kosztem 270.000 Mk., nie licząc urządzenia wewnętrznego, zdumiewającego swą okazałością. U nas niestety nie o przepych, ale o ratowanie nędzy trudno się dowołać.

Jakie koszta pociągnęłaby za sobą dla samego Lwowa akcya zwalczania chorób wenerycznych w myśl naszkicowanego programu i podanych wniosków, ocenią siły fachowe Wydziału krajowego na podstawie gruntownego doświadczenia, opartego na budowach już tylu szpitali krajowych. Celem niniejszego memoryału było jedynie zwrócenie uwagi, jak bardzo konieczne jest natychmiastowe przystosowanie oddziału weneryczno-skórnego kobiet we Lwowie do zamierzonej przez Rząd akcyi zwalczania chorób wenerycznych.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie lekarskie ze Szczawnicy za rok 1916. Za lata 1914 i 1915 sprawozdanie lekarskie co do ruchu chorych nie ukazało się z powodu wojny. Pokrótce wspomnę też tylko o tych dwu sezonach. W r. 1914 sezon zapowiadał się bardzo dobrze; stała pogoda od początku czerwca i łatwość komunikacyi (kursowały 2 omnibusy automobilowe) ściągnęła liczny zastęp chorych i osób, szukających odpoczynku, to też już w drugiej połowie lipca liczba gości dosięgła 3.541 osób; mobilizacya jednak rozprószyła to grono gwałtownie: w jednym tylko tygodniu wyjechało około 3.000 osób, pozostali tylko ciężko chorzy, lub ci, którzy się z powodu różnych przeszkód nie mogli wydostać. Nieco z tych osób pozostało także na zimę, we wrześniu przybyło nieco uchodźców; zostałem i ja odcięty od Lwowa. Przebyłem więc tu cały okres zimowy i miałem sposobność przekonać się, jak pod względem klimatu nadaje się Szczawnica na zimową stacyę klimatyczną; warunki prawie analogiczne z Goerbersdorfem na Śląsku pruskim. Ciepłota rzadko bywała niżej 10° C., powietrze czyste i prawie bez wiatrów. Z chwilą, gdy komunikacya koleją stanie się faktem, należałoby całkiem poważnie rozpatrzyć warunki Szczawnicy, jako stacyi klimatycznej także i zimą.

W r. 1915 zaczęli się dopiero z początkiem lipca zjeżdżać nieliczni chorzy, zwolnieni z pod najazdu; frekwencya dosięgła ledwo 239 osób, w tem przeważna część ciężko chorych, gorączkujących, wynędzniałych, przytem niedostatecznie materyalnie zaopatrzonych, nie dziw więc, że śmiertelność była dość znaczna.

Sezon 1916, na ogół słotny, nie odznaczał się ożywieniem, znać w nim wpływ wojny. Osób wszystkich przybyło do końca września 836, wliczywszy już w to i osoby, towarzyszące chorym; na chorych wypada cyfra około 500. Z tych przypada: A) na choroby płuc gruźlicze wraz z powikłaniami 50%, B) na sprawy płuc niegruźlicze 27%, C) na choroby innych narządów 23%.

A) Choroby płuc przyrody gruźliczej: I. okres 51·3%, II. okres 43·5%, III. okres 5·2%; powikłania a) ze strony gardła 14%, b) ze strony jelit 2·2% w III. okresie, c) krwotoków płucnych 7%.

B) Choroby płuc niegruźlicze: 1) choroby nosa, gardła, krtani i oskrzeli 15%, z tego 5% rozszerzeń oskrzeli, 2) rozedma płuc i dychawica 49·5%, 3) ozdrowieńcy po zapaleniu płuc i opłucnej 35·5%.

C) Choroby innych narządów (niegruźlicze): 1) choroby narządu trawienia 15%, 2) choroby narządu krążenia i przemiany materyi 9·5%, 3) choroby nerwowe 25·5%, 4) choroby krwi 49%, 5) zołzy 2·0%.

Okres leczenia wynosił średnio 35 dni. Przybytek na wadze stwierdzono u 95% chorych, największy u ozdrowieńców po zapaleniu płuc i opłucnej (B 3), nieraz po 2—2·5 kg. tygodniowo.

Służbę zdrowia pełniło 4 lekarzy.

Dr Teofil Stachiewicz (Lwów),
zastępca lekarza zdrojowego.

Wiadomości bieżące.

Lwów. Prof. Dr Władysław Bylicki otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego.

Warszawa. Dr Bączkiewiczowi, ustępującemu ze stanowiska prezesa Sekcyi zdrowia publicznego, wyrażono uznanie na uroczystem zebraniu pożegnalnem w Miejskim Urzędzie zdrowia.

— Do Delegacyi szpitalnej w Radzie miejskiej weszli następujący lekarze: Dr Rychliński (przewodniczący) ze strony Magistratu, Dr L. Babiński z Rady, Dr Ciągliński i Szmurło z grona obywateli; do Delegacyi dla spraw zdrowia publicznego Dr Z.

Paderewski (przewodniczący) ze strony Magistratu, Dr J. Zawadzki, Tarczyński i Goldflam z Rady, Dr Zieliński, Szwajcer, Karwacki z grona obywateli.

— Na pierwszą rocznicę otwarcia uniwersytetu wydano księgę pamiątkową, wypełnioną pracami pedyatrycznemi byłych współpracowników Rektora Brudzińskiego. Na czele księgi, obejmującej 481 stron in quarto, znajduje się portret Rektora Brudzińskiego i jego życiorys, pióra Dr Władysława Szenajcha.

— Wykłady anatomii porównawczej objął p. Jan Tur; profesorem fizyologii został mianowany Doc. Dr Czubalski z Krakowa, profesorem histologii Doc. Dr Konopacki ze Lwowa, chemii fizyologicznej Dr Parnas ze Strasburga, farmakognozyi Doc. Dr Mazurkiewicz ze Lwowa.

— Większość słuchaczy, wpisujących się na uniwersytet, i w tym roku wstępuje na medycynę.

— Zawiązanie »Polskiego Towarzystwa medycyny społecznej« spotkało się z krytyką w prasie lekarskiej warszawskiej (Gazeta lek., Zdrowie), której zdaniem Towarzystwo to ma program identyczny ze »Stowarzyszeniem lekarzy« i »Towarzystwem higienicznem«, niepotrzebnie więc dzieli lekarzy na dwa obozy.

Zmarli: Dr Ludwik Pick w 47 r. ż. w Dziedzicach, Dr Jan Wnorowski, prezes Towarzystwa lekarskiego w Piotrkowie w 56 r. ż.;

chirurg prof. Czerny, dyrektor zakładu badania raka, w Heidelbergu, pedyatra prof. Biedert w Darmstadzie.

Redakcya otrzymała: Sachnowski: Der »Fäulnisstiter« als Indicator der Verunreinigung und Infektion der Wässer. (Zeitschr. f Nahr. 1916). — Bednarski: Krótki podręcznik dla desinfektorów i pielęgniarzy gminnych. Staraniem i nakładem Wydziału Rady powiatowej w Chrzanowie. 1916, stron 14. — Zygmunt Barącz: Über Hirn- u. Schädelschussverletzungen. Inaug. Diss. Heidelberg 1916. — Radca C. Dziembowski: Das Wesen u. die Pathogenese der orthostatischen Albuminurie. (Ther. der Geg. 1916).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Rok LV. Kraków, 1. listopada 1916. Nr 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor: Prof. Dr W. Jaworski).

I. Wydzielanie kwasu moczowego w niektórych chorobach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

II. Wpływ niektórych wyciągów gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na wydzielanie kwasu moczowego.

podał

Dr Jan Nowaczyński
asystent kliniki.

I.

O wydzielaniu kwasu moczowego (U) w chorobach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu nie wiele wzmianek znajdujemy w piśmiennictwie dotychczasowem; tu i ówdzie spotyka się pewne luźne spostrzeżenia, lecz skąpe. W roku 1912, pracując w klinice Noordena w Wiedniu, zająłem się tym tematem; badałem wtedy wydzielanie U w chorobach przysadki mózgowej (acromegalia i dystrophia adiposo-genitalis); wyniki ogłoszone w pracy z Prof. Faltą (Über die Harnsäureausscheidung bei Erkrankungen der Hypophyse, Berl. klin. Woch. 1912. Nro 38), były dość ciekawe: mianowicie w przypadkach akromegalii stwierdziłem wydzielanie niezwykle wysokich wartości U, w przypadkach zaś »dystrophia adiposo-genitalis« bardzo nizkie; różnice w każdym razie były uderzające.

W roku szkolnym 1913/14 badania nad wydzielaniem U prowadziłem dalej, i to w różnych chorobach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na materyale, jaki miałem do rozporządzenia. Badałem przypadków dziewięć;

4 przypadki Morb. Basedowi.
1 przypadek Basedowoid.
1 » Morb. Addisoni
1 » Dystrophia adiposo-genitalis.
1 » Diabetes insipidus.
1 » Chondrodystrophia foetalis.

Technika badania: Przez cały czas oznaczania U, jakoteż przez tydzień przed rozpoczęciem badań, osoba badana pozostawała na dyecie bezpurynowej czyli bezmięsnej, a więc głównie mleczno-jarzynowej, gdyż, jak wiadomo, w badaniach tych chodzi o oznaczenie U endogenicznego, t. j. tego, który ustrój sam wytwarza bez doprowadzenia mu ciał purynowych, w pokarmach zawartych, które przerabia następnie na U t. zw. egzogeniczny. W tych warunkach bada się zachowanie U przez 3—4 dni, co stanowi okres wstępny (Vorperiode), następnie podaje się badanemu w jedzeniu pewną określoną ilość ciał purynowych, zawartych czyto w potrawie mięsnej, czy w postaci nukleinianu sodu, zawierającego dokładną ilość azotu, oraz produkowanego następnie kwasu moczowego i bada się jego wydzielanie jako U egzogenicznego, co stanowi okres właściwy; wreszcie po zupełnem jego wydzieleniu, które trwa różnie długo i stanowi właściwie miernik prawidłowego lub nieprawidłowego wydzielania U w danym przypadku, doprowadza się badanie do końca przez okres trzeci, następowy (Nachperiode), trwający zwykle znów 3—4 dni.

To są zasady, które przestrzegane być muszą przy oznaczaniu U, jeśli się chce dojść do ścisłych wyników. Przy tem wszystkiem zbiera się mocz badanego przez 24 godziny i w takim moczu oblicza się U. W celu oznaczania U posługiwałem się metodą Hopkins-Folin-Shaffera, polegającą na tem, iż po odpowiedniem przygotowaniu moczu strąca się w nim U amoniakiem, jako moczan amonu, który następnie miareczkuje się w rozczynie kwasu siarkowego za pomocą $^1/_{20}$ norm. nadmanganianu potasu.

Prócz tego w każdym przypadku oznaczałem równocześnie ogólną wartość N w dobowej ilości moczu.

W sprawie zachowania się U w warunkach prawidłowych i nieprawidłowych odsyłam czytelnika do pracy mej p. t.: Przemiana ciał purynowych, a dna (Przegl. lek. Nr. 42—43. 1913).

I. Z. M. lat 28. L. dz. 144. M. Basedowi.

Historya choroby: Choroba trwa od 3 lat; rozpoczyna się wskutek wzruszeń po śmierci osób blizkich, objawia się biciem serca, bólami głowy i zawrotami, osłabieniem i zdenerwowaniem, tak, że chora pracować nie może; w czasie pracy nawały do szyi i głowy, bicie serca, ściskanie w okolicy serca i bóle rozpromieniające się ku ręce lewej; przytem silne poty, dreszcze; sen zły ze zwidywaniami; brak apetytu. W czasie silnych bolów głowy częste wymioty; stolec nieregularny, przeważnie biegunki (5—6 razy dziennie); brak miesiączki, dla którego ginekologicznie nie stwierdzono przyczyny; od roku zauważyła chora, że szyja jej grubnie.

Wynik badania: Lekkie wysadzenia gałek ocznych, drżenie rąk; gruczoł tarczowy powiększony; skóra wilgotna, potem pokryta; tętno 112 (tachycardia), równe; ciśnienie krwi Riva-Rocci (R. R) 90. Narządy wewnętrzne bez zmian; mocz bez białka i cukru. Obraz krwi: ciał. biał. 9.600; c. cz. 4.800.000; Hb 80% wskaźnik (J) 0.8. Limfocytów 28%, neutrochłonnych 52%, przejściowych 6%, eozynochłon. 3%, tucznych 1%, jednojądrzastych 10%.

Cukromocz pokarmowy po podaniu 100 gr. dekstrozy dodatni: cukier wydziela się w 4 godziny w ilości 1·2%.

Wydzielanie U przedstawia się następująco:

Tab. 1.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
490	1.026	7.340	0.2976	bezpurynowa
400	1.026	5 919	0.2190	»
490	1.023	6.420	0.1837	«
710	1 023	7.892	0.2150	«
600	1.024	7.047	**0.3154**	20 gr. nuklein. sodu
500	1.025	7.854	**0 3375**	bezpurynowa
600	11022	6.728	0.2265	«
480	1.025	6.192	0.2559	«
600	1 026	8.946	0.2610	«

W przypadku tym stwierdzamy ilość moczu małą, mocz wysycony, zawierający dużo barwików moczowych (uroerytryny), ciężar właściwy wysoki; ilości N małe, wahające się między 5 a 8 gr na dobę. Ilości U w okresie wstępnym nizkie, w granicach od 0.18 do 0.29 gr na dobę; po podaniu 20 gr nukleinianu sodu wydzielanie U nie wzmożone, przeciąga się przez dwa dni; w okresie końcowym ilości te ustalają się i są nieco większe, niż w okresie wstępnym.

II. M. H. lat 28. l. dz. 202. M. Basedowi.

Historya choroby: Chora od długiego czasu niezdrowa, skarży się na bóle żołądkowe, kłucia w klatce piersiowej, bicie serca, brak apetytu, pocenie się, osłabienie ogólne, zawroty głowy, sen upośledzony, wzmożone pragnienie.

Wynik badania: Wyraz twarzy monotonny, senny: skóra wilgotna; lekkie wysadzenie gałek ocznych; gruczoł tarczowy powiększony tkliwy; drżenie rąk. Tętno 125 (tachycardia), dobrze napięte, równe. RR 115. Serce oraz narządy wewnętrzne prawidłowe; mocz bez białka i cukru; stolec prawidłowy; miesiączkowanie co 3 tygodnie, skąpe. Badanie chemiczne żołądka stwierdza wzmożoną kwaśność treści. Obraz krwi: c. b. 15.600, c. cz. 6.000.000, Hb. 100%, wskaźnik 0.8. Limfocytów 22%, neutrochł. 71·5¹/₄ eozynochł. 4% tucznych 0·5%, przejść. 1·5%, myelocyt. 9·5%. Cukromocz pokarmowy (100 gr dekstrozy) dodatni: cukier wydziela się po dwóch godzinach w ilości 1% i szybko ustaje.

Wydzielanie U:

Tab. 2.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
750	1.014	4.830	0.1406	bezpurynowa
1180	1.010	7.756	0.1902	»
1270	1.010	8.569	0.2740	»
1300	1.010	9.469	**0·5157**	20 gr nuklein. sodu
1000	1.011	7.602	0.2024	bezpurynowa
1110	0.010	7.707	0.2497	»
1080	0.010	8.769	0.2296	»

W przypadku tym stwierdzamy ilości moczu prawidłowe, ciężar właściwy nizki, ilości N małe. Ilości U w okresie wstępnym bardzo nizkie, po podaniu 20 gr nukleinianu sodu wydzielanie U prawidłowe, t. j. szybkie, kończące się w jednym dniu, nie przeciągające się; w okresie końcowym ilości U nieco większe, niż we wstępnym i bardziej stałe.

III. J. B. lat 49. l. dz. 314. M. Basedowi. Myodegeneratio cordis. Icterus. Zabarwienie brązowe skóry (Addisonoid).

Historya choroby: Przed 14 laty B. już chorował na »rozstrój nerwowy« z objawami takimi, jak rozdrażnienie, drżenie rąk i nóg, bicie serca, brak apetytu; przed rokiem objawy te powróciły, a dołączyły się jeszcze biegunki, spadek na wadze i ściemnienie skóry. Chory skarży się na osłabienie ogólne, sen zły, szum w uszach, bicie i niepokój serca, brak apetytu i wzmożone pragnienie.

Wynik badania: Chory rozdrażniony, niespokojny; skóra brązowo zabarwiona, a na kończynach nieco jaśniejsza; na błonach śluzowych niema zmian barwikowych; piegi (ephelides) na całych powłokach; lekkie obrzęki w okolicach kostek, ustępujące w czasie leżenia w łóżku. Lekkie żółtaczkowe podbarwienie spojówek; źrenice wązkie, słabo oddziałują; wysadzenie gałek ocznych wyraźne; gruczoł tarczowy znacznie powiększony, miękki, niebolesny. Drżenie rąk, tętno 106, nierówne, niemiarowe z powodu skurczów dodatkowych; uderzenie koniuszkowe serca wstrząsające przy linii sutkowej; szmer skurczowy, drugi ton rozszczepiony. R. R 125. Narządy jamy brzusznej bez zmian, puchliny brzusznej niema, mocz bez białka i cukru, urobilinogen dodatni. Obraz krwi: c. b. 3.200, c. cz. 4.400.000, Hb 60%, wskaźnik 0·7. Limfocytów 36%, neutrochł. 44%, eozynochł 2%, przejść. 10%, myelocyt. 7·5%. Cukromocz pokarmowy (100 gr dekstr.) dodatni: cukier wydziela się po 4 godzinash w ilości 0.1%.

Wydzielanie U:

Tab. 3.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1250	1.018	13.665	0.3965	bezpurynowa
1180	1.018	10.523	0.3451	»
1380	1.017	12.422	0.4378	»
1380	1.013	10.606	**0.5589**	20 gr nuklein. sodu
1310	1.016	11.187	**0.5637**	bezpurynowa
1600	1.010	12.056	0.4347	»
1900	1.014	14.417	0.4520	»

W przypadku tym stwierdzamy prawidłowe ilości U endogenicznego, natomiast przeciągające się wydzielanie U egzogenicznego, trwające dwa dni.

IV. K. B. lat 38. L. dz. 351. M. Basedowi.

Historya choroby: Choroba trwa od 6 lat; rozpoczęła się nagle pod wpływem przerażenia biciem serca, bólem w jego okolicy, niepokojem; te objawy powtarzały się często, zwłaszcza przy pracy; od 2 lat bóle głowy z wymiotami, biegunka, brak apetytu, pragnienie wzmożone; od 3 lat drżenie rąk, które stało się tak silne, że chora nie może żadnego przedmiotu utrzymać w rękach; od 10 lat zgrubienie szyi. Chora odczuwa osłabienie ogólne znaczne, silne kołatanie serca, poci się, śpi źle, apetyt ma upośledzony, nudności, odbijania, czkawkę, oraz stolce biegunkowe; miesiączki brak.

Wynik badania: Skóra wilgotna, wysadzenie gałek ocznych, gruczoł tarczykowy powiększony, miękki, niebolesny, niezwykle silne drżenie rąk. Tętno 96, miernie napięte. R. R 125. Serce i narządy wewnętrzne bez zmian, mocz bez białka i cukru. Obraz krwi: c. b. 5.000, c. cz. 4.640.000, Hb 84%, wskaźnik 0.9 Limfocytów 36% neutrochł, 52% eozynochł. 4%, przejść. 3%, jednojądrz. 2%, myelocyt. 3%. Cukromocz pokarmowy (100 gr dekstrozy) dodatni: cukier wydziela się po 2 godzinach w ilości około 1·4%.

Wydzielanie U:

Tab. 4.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
850	1.023	12.792	0.3682	bezpurynowa
1100	1.021	11.319	0.4009	»
960	1.026	14.716	0.3600	»
1130	1.025	17.528	**0.4836**	20 gr nuklein. sodu
740	1.025	13.550	**0.6568**	» » »
840	1.024	15.288	**0.5400**	bezpurynowa
740	1.025	13.281	0.3295	»
920	1.022	12.712	0.2794	»

W przypadku tym stwierdzamy wydzielanie prawidłowych ilości U endogenicznego, wydzielanie zaś U egzogenicznego mimo dwukrotnego podania 20 gr nukleinianu sodu małe i przeciągające się przez dwa dni; w okresie końcowym wartości U znacznie niższe, niż we wstępnym.

Wyniku badania w tym przypadku nie mogę uważać za zupełnie pewny, a to z powodu biegunek u chorego, które na wydzielanie U niekorzystnie wpływać mogą.

V. W. K. lat 46. Basedowoid.

Historya choroby: K. po zapaleniu płuc czuje się chorą; skarży się na osłabienie ogólne, bóle w krzyżach, dreszcze, pocenie się rąk i nóg, bicie serca, apetyt upośledzony, sen zły, stolec zaparty; miesiączka regularna, skąpa; 9 porodów przebytych.

Wynik badania: Skóra wilgotna; wysadzenia gałek ocznych niema; gruczoł tarczowy powiększony; drżenie rąk słabe, lecz widoczne; tętno 112 (bradycardia); R. R 90. Serce bez zmian; wątroba macalna; mocz bez białka i cukru. W obrazie krwi limfocytoza. Cukromocz pokarmowy (100 gr. dekstr.) dodatni; cukru wydziela się ślad.

Badanie U:

Tab. 5.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1000	1024	11 172	0.5797	bezpurynowa
600	1025	9.744	0.3123	»
640	1029	10.931	0.3590	«
780	1022	10.526	**1 0705**	20 gr nuklein. sodu
830	1021	11.131	**0 6049**	bez puryn.
720	1022	10.482	0 3886	»
730	1020	12.142	0.4248	»

W przypadku tym wydzielanie U egzogenicznego jest obfite, lecz równocześnie przeciągające się nieco. U endogeniczny mniejwięcej prawidłowy.

VI. S. P. lat 39. l. d. 315. M. Addisoni.

Historya choroby: Od czasu zapalenia wysiękowego opłucnej chory skarży się na bóle w piersiach, w okolicy wątroby, gniecenie w żołądku, brak apetytu, zawroty głowy; w ostatnich czasach dołączyło się osłabienie ogólne znaczne; od 3 — 4 lat ściemnienie (brunatne zabarwienie) skóry, które zwiększa się; chory przebywał dwukrotnie zapalenie opłucnej wysiękowe, zapalenie płuc, zimnicę oraz kamicę żółciową.

Wynik badania: Kościec dobrze rozwinięty, mięśnie wiotkie, podściółki tłuszczowej brak. Skóra wiotka, sucha, brązowo zabarwiona z wyjątkiem podeszew i dłoni. Spojówki blade, źrenice równe, oddziałują prawidłowo; gruczoł tarczowy niemacalny. Płuca bez zmian. Serce: uderzenie koniuszkowe wyczuwalne, tony ciche; naczynia wązkie, słabo napięte; tętno małe, miarowe, 92 na minutę, R. R 90; w obrazie rentgenologicznym cień aorty szeroki, serce małe. Wątroba powiększona o brzegu równym, gładkim, na ucisk bolesna. Brzuch lekko wzdęty, przy ucisku bolesny; nerki niebolesne (oklepywaniem). Odczyn Pirqueta miejscowy i ogólny bardzo silny.

Cukromocz pokarmowy (100 gr dekstr.) ujemny; cukromocz pokarmowy adrenalinowy (po wstrzyknięciu 75 cent. miligr. adrenaliny i podaniu 100 gr dekstr.) dodatni; cukier wydziela się po 3 godzinach w ilości 1·2%; ciśnienie krwi po adrenalinie nie zmienia się. Obraz krwi: c. b. 4.200, c. cz. 5.400.000, Hb 85%, wskaźnik 0.8. Limfocytów 17%, neutrochł. 69%, eozynochł. 8%, przejść. 1%, jednojądrz. 3%, myelocyt. 2%.

Wydzielanie U:

Tab. 6.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1450	1.010	7.815	0.3219	bezpurynowa
1770	1.006	7.062	0.2429	»
1950	1.005	5.578	0.1374	»
2000	1.008	10.104	**0.4935**	26 gr nuklein. sodu
1760	1 008	9 954	0.2605	bezpurynowa
1840	1.007	—	0.2980	»
1320	1.010	5 691	0.2326	»

W przypadku tym widzimy dość duże wahania w wydzielaniu N; wartości dla U tak w okresie wstępnym, jak i końcowym, małe; po podaniu 20 gr. nukleinianu sodu następuje wydzielanie U egzogenicznego szybkie, w jednym dniu się kończące, lecz niezbyt wzmożone.

VII. K. S, l. 14. L. dz. 214. Dystrophia adiposo-genitalis.

Historya choroby, podana przez matkę chorej: Chora po urodzeniu miała dużą głowę, zresztą była wzrostu prawidłowego; zaczęła chodzić w 12. miesiącu życia, ząbkować w 9. miesiącu; w 3. roku chorowała na oczy wśród gorączki, bólów głowy i oczu oraz drgawek, poczem oślepła; od tego czasu nie widzi całkiem; porażeń nie miała; urosła wogóle niewiele; od dzieciństwa była stale gruba, jakby nalana. Chora do szkoły nie chodziła z powodu ślepoty; inteligencya nie upośledzona. Dolegliwości chora niema żadnych. Dziedziczność: ojciec nałogowy pijak; z 7 rodzeństwa 5 zmarło w krótkim czasie po urodzeniu; rodzeństwo chorej żyjące jest zdrowe i wzrostu prawidłowego. Poronień matka chorej nie przechodziła.

Wynik badania: Wzrost 137 cm. ciężar ciała 45 kg. Chora mówi głośno i wyraźnie, pamięć ma dobrą, umie dodawać nawet liczby złożone. Stan psychiczny bez zmian. Odżywienie dobre, kościec prawidłowy. Skóra elastyczna, gruba, blada, podściółka tłuszczowa silnie rozwinięta, zwłaszcza na brzuchu i piersiach, gdzie się fałduje; kończyny krótkie, grube. Owłosienia brak; chora nie miesiączkuje jeszcze. Czaszka duża, wysoka, guzy wybitnie zaznaczone, obwód 59 cm; włosy bez zmian; brzegi powiek pokryte strupkami. Spojówki zaczerwienione; źrenice równe, oddziałują prawidłowo. Nos szeroki, siodełkowaty, skrzydła nosowe szerokie, odstające; wargi grube; zęby daleko od siebie osadzone; język gruby; migdałki powiększone. Szyja krótka, gruba, gruczoł tarczowy niemacalny. Tętno prawidłowo napięte, 86. R. R 105. Serce oraz narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz bez białka i cukru. Obraz krwi: c. b. 7.200, c. cz. 4.960.000, Hb 90%, wskaźnik 0.9. Limfocytów 33%, neutrochł. 51%, eozynochł. 5%, przejść. 4%, tucznych 2%, jednojądrz. 2%, myelocyt. 3%.

Badanie rentgenograficzne rąk i nóg nie stwierdza zmian patologicznych; rentgenogram czaszki wykrywa powiększone siodełko tureckie. Cukromocz pokarmowy ujemny; cukromocz pokarmowy adrenalinowy (1 miligram adrenaliny podskórnie) dodatni: cukier wydziela się po 3 godzinach w ilości 2.4%.

Odczyn Wassermanna ujemny. Badanie okulistyczne stwierdza: atrophia n. optic., nystagmus oscillator. oculi dextri.

Wydzielanie U:

Tab. 7.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
980	1.•18	8.300	0.3307	bezpurynowa
1070	1.017	10.276	0.3141	»
840	1.018	8.584	0.3150	»
870	1.019	9.731	**0.5490**	20 gr nuklein. sodu
850	1 920	11.757	**0 4621**	bezpurynowa
880	1 020	10.890	**0.4662**	»
950	1.018	7.740	0.2850	»
860	1.020	10 631	0.3805	»

W przypadku tym wydzielanie U endogenicznego jest mniejsze, niż prawidłowo; po podaniu ciał purynowych wydzielanie wzmaga się, lecz niezbyt wysoko, natomiast trwa długo, bo przeciąga się aż przez 3 dni.

(Dokończenie nastąpi).

O zapaleniu ziarnistem spojówki.

Podał

Dr Maryan Szafnicki,

c. k. starszy lekarz szpitala jagliczego w Sternbergu Morawskim.

Jaglica nie budzi dziś przeważnie zajęcia. Jest to sprawa tak dobrze przez okulistów znana, że tak powiem, »nieciekawa« choroba, którą leczy się z pewną niechęcią, ponieważ nie przedstawia żadnego naukowego interesu. Zdawaćby się mogło, że skoro tylko wyszukamy wywołujący ją drobnoustrój, to kwestya będzie całkowicie załatwiona. W poszczególnych klinikach są oddzielne ambulatorya, przeznaczone dla jaglicy; lekarz, przydzielony do prowadzenia takiego ambulatoryum, zwykle z utęsknieniem wyczekuje tej chwili, kiedy będzie mógł w innym dziale okulistycznym pracować, uważając za stracony ten czas, kiedy się nic więcej nie robi, tylko zapuszcza rozczyny soli srebrowych lub miedziowych do ócz. Leczenie jaglicy powierzano nawet nielekarzom: w Niemczech były urządzane specyalne kursa dla rozpoznawania i leczenia jaglicy u dzieci szkolnych przez nauczycieli, w Rosyi w wielu miejscowościach opieka nad t. zw. punktami jagliczymi powierzona jest felczerom, ludziom o małej bardzo inteligen-

cyi. Leczenie i rozpoznawanie jaglicy również i w klinice uważa się za najłatwiejszy dział, przeznaczając do prowadzenia jego najmłodsze siły. A jednak jaglica nie zasługuje na takie traktowanie jej po macoszemu; klinika tego cierpienia kryje w sobie jeszcze dużo ciekawych stron, które niestety, wobec ogólnego uprzedzenia do tej choroby, uchodzą uwagi wielu lekarzy specyalistów. Wielorakość przejawów, tak różny, i czasem, pomimo najstaranniejszego dochodzenia, niczem nie wytłomaczony przebieg choroby, raz łagodna, to znów nadzwyczaj złośliwa postać, — wszystko to zmusza do zastanowienia się nad tą chorobą i daje powód do różnych przypuszczeń i wniosków.

Podczas mego $5^1/_2$-letniego pobytu w klinice krakowskiej prof. Wicherkiewicza miałem sposobność zbadać około 45.000 chorych. Uwzględniwszy, że przynajmniej 20—25% tej liczby stanowili chorzy, dotknięci zapaleniem egipskiem, miałem w swojej obserwacyi przeszło 10 tysięcy trachomatyków, bo po największej części chorzy ci leczyli się ambulatoryjnie. Obecnie od 3 miesięcy, jako lekarz wojskowy, mam oddział, przeznaczony wyłącznie dla chorych na jaglicę lub takich, u których zachodzi podejrzenie co do tej choroby. Przez ten stosunkowo krótki czas miałem w stałem leczeniu przeszło 600 chorych.

Materyał kliniczny, zawsze dokładnie badany (wielokrotnie przez prof. Wicherkiewicza i innych asystentów jego kliniki), w cięższych przypadkach histologicznie i bakteryologicznie, nasunął mi pewne przypuszczenia. Obecnie mając w leczeniu jedynie jaglicę w najróżnorodniejszych okresach i postaciach u wszystkich narodów, zamieszkujących monarchię austryacko-węgierską, a więc: u mieszkańców gór i nizin, bagien i stepów, miast i wsi, u robotników fabrycznych różnych gałęzi przemysłu, u rolników, rzemieślników, kupców, zawodowych żołnierzy, jednem słowem — sposobność, jakiej przed wojną żaden szpital, żadna klinika, a tem bardziej lekarz prywatny w takiej mierze nigdy nie mieli, spostrzegam niejednokrotnie, że moje przypuszczenia, powstałe jeszcze podczas mej czynności w klinice krakowskiej. obecnie potwierdzają się zupełnie.

Zanim przejdę do omówienia moich przypuszczeń, chciałbym przedstawić mnogie obrazy tej, nie zawsze tak niebezpiecznej, choroby; chciałbym dokładniej przedstawić różne okresy i przejawy tego cierpienia, pomijając badanie bakteryologiczne, które, pomimo wielu prac w tym kierunku, do tej chwili nie dało takich wyników, jakich się po nich spodziewano. Pozostaje nam dotychczas do badania jaglicy jedynie wywiad i badanie zewnętrzne powiek; i tylko tymi sposobami posługiwałem się.

Z powodów, które niżej podam, przed opisaniem przejawów jaglicy, muszę poświęcić trochę miejsca sprawom chorobowym, których obraz kliniczny przypomina czasami łudząco jaglicę.

Przedewszystkiem wymienić należy zapalenie mieszkowe (conjunctivitis follicularis). W podręczniku Fuchsa jest ściśle przeprowadzona różnica między tą chorobą i jaglicą; tosamo słyszałem z ust mego nauczyciela prof. Wicherkiewicza. A więc: przy zapaleniu mieszkowem charakterystyczne grudki, ziarna, znajdują się tylko w załamku dolnym, ułożone w jeden lub dwa rzędy, jak sznur pereł, wszystkie ściśle ograniczone, równej wielkości; spojówka jest miernie przekrwiona. Skargi chorego bywają różnorakie: uczucie piasku pod powiekami, świąd, wieczorem zwłaszcza potęgujący się, to znów uczucie suchości, niemożność dłuższego czytania, zwłaszcza przy sztucznem oświetleniu, wreszcie tacy chorzy skarżą się, że oczy rano bywają zalepione; czasami znów zapalenie mieszkowe nie sprawia zgoła żadnych dolegliwości. Choroba ta zdarza się zwłaszcza u dzieci, szczególnie w zamkniętych zakładach wychowawczych, lub u osób starszych, pracujących w pyle, lub wielką część dnia spędzających w kawiarniach i innych niedostatecznie przewietrzanych lokalach; może wybuchać endemicznie, mija często nawet bez leczenia, a tylko pod wpływem odpowiednich warunków higienicznych, nie pozostawiając żadnych śladów. Lecz już w nowszych podręcznikach Römera i Axenfelda czytamy, że w pewnych razach odróżnić zapalenie mieszkowe od jaglicy nie jest tak łatwo; często dopiero końcowy wynik leczenia bez pozostawienia blizn dowodzi, że chodziło o zapalenie mieszkowe, a nie o jaglicę. Autorzy ci piszą, że usadowienie ziarn jest również i przy zapaleniu mieszkowem na górnym załamku nie wykluczone, wielkości ziarn mogą być różne, a badanie histologiczne, które jako cechę podaje: duże ziarna o niewyraźnej granicy przy jaglicy, małe o wyraźnej granicy ziarna przy zapaleniu mieszkowem. również zawodzi i często wykazuje ziarna podobne do jagliczych przy zapaleniu mieszkowem. A więc cóż nam właściwie pozostaje do odróżnienia jaglicy od zapalenia mieszkowego? Jedynie zmiany na spojówce po przebytem zapaleniu wskażą, że mieliśmy z czemś poważniejszem do czynienia. A więc do rozstrzygnięcia rozpoznania musielibyśmy czekać kilka miesięcy, a nieraz nawet lat. A do tego czasu co mamy z chorym począć? Czy oddzielić go od otoczenia, wyłączyć z towarzystwa, zabronić dziecku chodzić do szkoły, przyczyniając tem niepowetowaną szkodę i jemu i społeczeństwu? Są głosy, że chorzy z takiemi zmianami spojówkowemi, przebiegającemi bez wydzieliny, nie są niebezpieczni dla otoczenia; a jeśli mają wydzielinę, to jak z nimi postępować? Podczas mej klinicznej czynności miałem w leczeniu dużo chorych, dotkniętych jaglicą, u których brak było prawie zupełnie wydzieliny pomimo bardzo wybitnych zmian na obu powiekach. Większa część tych chorych zupełnie nie przypuszczała, że ma chore oczy i nie poddając się badaniu lekarskiemu, chciała wyjechać do Ameryki; wielu z nich miało nawet wybitne blizny, świadczące o przebytej jaglicy, która jednak oszczędziła rogówkę, nie pozostawiając żadnych przez chorego odczuwanych zmian. I obecnie mam w leczeniu kilka podobnych przypadków: wybitne ziarna na obu powiekach, a pomimo to chorzy zupełnie tego nie odczuwają, skarżąc się jedynie, i to nie wszyscy, że rano powieki są nieco zlepione; podnieść zaś trzeba, że skargi moich chorych nigdy prawie nie bywają mniejsze, niż na to dana dolegliwość zasługuje, a częściej bywa przeciwnie z powodów, nie wymagających chyba bliższego wyjaśnienia. Znacznie więcej dolegliwości i obfitszą wydzielinę miewają nieraz chorzy na zapalenie mieszkowe, a jednak tych należy uważać za nie przedstawiających niebezpieczeństwa dla otoczenia, gdy tamtych każą nam dotychczasowe zwyczaje na bardzo nieraz długi czas usunąć poza nawias zwykłego życia! Powstaje pewna sprzeczność, dla której chyba najłagodniejszą nazwą będzie: okulistyczne nieporozumienie. Może mi kto zarzucić, że jaglica, nie wywołąc u jednego chorego prawie żadnych zmian, przeniósłszy się na nowe podłoże, może wywołać całkiem inne, daleko cięższe zmiany. Nie zapomniałem o tej, tak ważnej możliwości i będę miał sposobność jeszcze niżej o niej więcej powiedzieć.

Jeżeli z powodu zapalenia tęczówki zapuszczamy przez dłuższy czas rozczyn atropiny, to choroba tęczówki mija, ale niejednokrotnie powstaje zapalenie mieszkowe spojówki z bardzo silnym rozwojem ziarn, i to na obu powiekach. Bez znajomości powodu tego zapalenia uważalibyśmy je zawsze za wybitną postać zapalenia mieszkowego, lub, co jest właściwie zasadniczo absurdem, za jednostronną jaglicę. Tosamo może wywołać rozczyn ezeryny (Axenfeld).

Römer pisze w swym podręczniku, że ziarna mogą się wytwarzać w przebiegu cięższych postaci zapalenia spojówki, wywołanego przez pneumokoki.

W klinice krakowskiej miałem sposobność kilka razy spostrzegać silny przerost spojówki górnego załamka z wieloma ziarnami, jako odczyn po niecałkowicie usuniętej ości zbożowej.

Gruźlica spojówki w początku, gdy się nie zdążyły jeszcze wytworzyć owrzodzenia, daje również obraz podobny, jak jaglica.

Po opisaniu tych podobnych do jaglicy stanów prze-

chodzę do jaglicy w ścisłem tego słowa znaczeniu. Pomijając na razie typowy obraz jaglicy, chciałbym zwrócić uwagę na kilka postaci tego cierpienia, które w ciągu mej okulistycznej praktyki miałem sposobność widzieć, a które zmusiły mnie swą niejasnością już to obrazu klinicznego, już to wywiadów, do głębszego zastanowienia się nad tą tak niby dobrze znaną chorobą. Dotychczasowe badania, podjęte przez najtęższych okulistów, wykazały, że sprawa wykrycia zarazka jaglicy nie jest łatwa z wielu powodów, o których nie miejsce tu wspominać; zanim zaś zarazek zostanie wykryty, musimy sobie jakoś inaczej dawać radę i starać się o to, by tylko tam rozpoznawać jaglicę, gdzie ona rzeczywiście jest. Bo twierdzę stanowczo (a mam na to liczne dowody), że chociaż początek jaglicy kryje się w mroku przeszłości i choroba ta trapi ludzkość od tylu wieków, to jednak my, okuliści XX wieku, nie umiemy jej dokładnie rozpoznawać i od innych podobnych schorzeń spojówki odróżnić.

Było zwyczajem w klinice krakowskiej, że gdy rodzice przyprowadzali dziecko z typową jaglicą, to chociaż wywiady nic nie wspominały o jaglicy u rodziców, poddawano ich również badaniu. Dość często zdarzało się widzieć u tych ludzi wybitne blizny po przebytem zapaleniu, ale żadnych zmian na rogówkach, ani w ustawieniu rzęs, a badany, na pytanie, kiedy chorował na oczy, ze zdziwieniem stanowczo twierdził, że nigdy na oczy nie chorował i u lekarza nie był. A byli to przeważnie ludzie z gminu, wychowani i pracujący w bardzo niehigienicznych warunkach, wśród pyłu, skwaru, w dusznych pomieszczeniach. I w takich warunkach ta, tak straszna kiedyindziej, choroba minęła, pozostawiając nic nieznaczące ślady. Podobne przypadki mam w swoim szpitalu:

1. Żołnierz, Polak, rolnik z zawodu, badany przez lekarza pułkowego, został przysłany do mnie z rozpoznaniem jaglicy, z przejściem w okres bliznowacenia. Chory nie wiedział zupełnie, dlaczego go przysłali do szpitala, to też miałem wiele trudu, zanim mu wytłomaczyłem, że ma chore oczy; bronił się formalnie przed zapuszczeniem lekarstwa i prosił o odesłanie go zaraz z powrotem do kadry.

2. Inny żołnierz, K. M., Rusin, rolnik (L. prot. 862), nigdy na oczy nie chorował i obecnie nie skarży się na żadne dolegliwości; swego czasu nie wzięty do wojska z powodu jaglicy, teraz po 13 latach powołany. Badanie spojówek wykazało bardzo obfite, różnej wielkości ziarna, lecz zajmujące tylko dolną powiekę: jaglicę rozpoznał u tego chorego docent okulistyki, więc nie można w tym przypadku mieć żadnych wątpliwości, a jednak dziwny to przypadek jaglicy, która przez czas kilkunastoletniego trwania na powiece dolnej nie zdołała zająć spojówki powieki górnej tegosamego oka. Chorego tego miałem w szpitalu 37 dni, podczas tego ziarna nieco się zmniejszyły pod wpływem przetworów miedziowych; niestety, w myśl obowiązujących przepisów, dłużej chorego zatrzymać nie mogłem. Odesłałem go z zupełnie jednak spokojnem sumieniem, jako niezakaźny przypadek, do kompanii.

3. Żołnierz H. S, Rusin, rolnik (L. prot. 933), od 2 miesięcy przebywa w różnych szpitalach jagliczych, sam nie skarży się na żadne dolegliwości oczne, a jednak badanie wykazuje: obfite ziarna na dolnej powiece i mierny przerost spojówki na górnej obu ócz; chorego tego mam w dalszem leczeniu od dwóch tygodni i na razie zmian nie spostrzegam.

4. Inny przypadek również nie jest pozbawiony ciekawych cech. T. P., Polak, rolnik (L. prot. 953), od czterech lat cierpi na oczy; przed wstąpieniem do wojska leczył się w żywieckim szpitalu przez 2 miesiące, ale lekarz, wedle słów chorego, nie mógł stanowczo powiedzieć, czy to jest jaglica, czy też tylko zapalenie (prawdopodobnie zwykłe nieżytowe); po wzięciu do wojska zaraz odesłano chorego do szpitala jagliczego w B. Chory, o bardzo małej inteligencyi, nie umie podać, jak się nazywał tamtejszy lekarz, lecz zeznania innych chorych, również z B. do mnie przysłanych, wskazują, że czynny tam jest bardzo znany na polu naukowem okulista, który miał dużo już w swojem życiu z jaglicą do czynienia. Chory był leczony w B. przez 2 miesiące. Obecny stan przedstawia się, jak następuje: Między rzęsami zaschła skąpa wydzielina ropna, spojówka powiek, zwłaszcza dolnej, silnie przekrwiona z dość wybitnym odcieniem szarawym, zupełnie gładka, lśniąca, bez żadnego ziarna [nawet zwykłej grudki (follikułu) dopatrzeć się nie można], ani śladu blizn; na górnej powiece odcień szarawy mniej wybitny. Powaga lekarza w B., ordynującego w dość dużej ilości rozczyny srebrowe, każe nam przypuszczać, że spojówki tego chorego jeszcze przed 2 miesiącami przedstawiały typowy obraz jaglicy, i to zapewne ciężkiej, kiedy przy leczeniu jej przez specyalistę przyszło aż do wytworzenia się srebrzycy (o lekarstwach, jakie stosowano w Żywcu i B., umie chory zupełnie dokładnie powiedzieć), ale z drugiej strony, cóż to za dziwne było »ciężkie« zapalenie, które po 2-miesięcznem leczeniu minęło, pozostawiając ślad nie po sobie, lecz po lekarstwach, stosowanych przeciw niemu.

5. Żołnierz E. J., Węgier, rolnik (L. prot. 770), przysłany do mnie z oddziału jagliczego w O. 13 lutego; odpis historyi choroby wskazuje, że chory ten cierpiał na oczy 2 miesiące przed przyjściem do tamtejszego szpitala i leczył się poprzednio w szpitalu rezerwowym w L. Odpis historyi choroby z tego czasu brzmi: Od 29. X. 1915 choruje na oczy. St. praes.: Pr. o: spojówka chrząstki i załamka silnie zgrubiała, rozpulchniona, nierówna, wieloma drobnemi ziarnami i przerosłemi brodawkami pokryta, spojówka gałki nieco przekrwiona, nastrzykanie rzęskowe, na rąbku rogówkowym dookoła, najsilniej górą, krótkie liczne powierzchowne naczynia, mierny światłowstręt i łzawienie. L. o: spojówka chrząstki lekko przekrwiona, na załamkowym brzegu nieco zgrubiała. Leczenie: pr. o. 2% lapis, atrop., l. o. collyrium adstr. Po 4 tygodniach: Pr. o. spojówka mniej obrzękła, bledsza, spojówka gałki bardzo nieznacznie przekrwiona, wydzielina skąpa, l. o. jak poprzednio. Przed przyjściem do szpitala zawsze zdrów, nikt z domowego otoczenia na oczy nie chorował. Stan w dniu 15. XII.: Pr. L. o: spojówka powiek silnie przekrwiona, rozpulchniona, szorstka, w ogólności licznemi bliznami jagliczemi pokryta; zastosowano przetwory miedziowe. 8. I. 1916 zapisano, że przekrwienie i obrzęk ustąpiły. Badając chorego pierwszy raz 13. II. 1916, znalazłem ostry nieżyt z silnym przerostem ciała brodawkowego na prawem oku, podobny stan, tylko w mniejszym stopniu, na lewem oku. W 2 tygodnie później sprawa na prawem oku nie osłabła pod względem przekrwienia, natomiast wystąpiły wyraźnie wybitnie przerosłe brodawki na obu powiekach; lewe oko w tym czasie znacznie zbladło, a przerost ciała brodawkowego wybitnie się zmniejszył. Po dalszych 2 tygodniach sprawa na prawem oku przeszła w typowy stan przewlekłej jaglicy (conj. papillo-trachomatosa) z bardzo skąpą wydzieliną i nieznacznem przekrwieniem spojówki; lewe oko wyglądało już w tym czasie zupełnie prawidłowo, sprawa minęła bez najmniejszego śladu. Obecnie prawe oko wygląda znacznie lepiej, ale pomimo to do dzisiejszego dnia przerost ciała brodawkowego i mierne przekrwienie spojówki utrzymuje się od kilku tygodni. Stosowałem na prawem oku różne przetwory miedziowe, lecz w ostatnich dniach chory począł się skarżyć, że mu po tych środkach gorzej; rzeczywiście, przekonałem się, że nawet $^1/_2$% rozczyn siarczanu miedzi wywołuje silne podrażnienie; wobec tego stosuję od 10 dni tylko lekkie środki odkażające w maści lub płynie ku obopólnemu zadowoleniu.

W nowszych czasach zwrócono uwagę na inną sprawę, przypominającą jaglicę, a myślę tu o »conjunctivitis Parinaudi«. Choroba ta, przez niektórych okulistów nie uznawana za oddzielny typ, wyglądająca zupełnie jak jaglica jednego oka, a jednak wydzielona w specyalny rodzaj, bo jakżeby mogła istnieć jaglica, i to ostra — choroba tak zakaźna — na jednem oku, pozostawiając drugie nietknięte. A jednak prof Wicherkiewicz nie uznawał tego typu zapalenia spojówki za oddzielną chorobę i bronił się przed myślą, by jakakolwiek inna choroba, niż jaglica, mogła dawać podobny obraz chorobowy. A jednak sprawa nie przedstawia się tak prosto i, wprawdzie rzadko, lecz zdarzają się przypadki, że zmiany, zupełnie przypominające jaglicę, spostrzegamy pomimo najdokładniejszego badania (także lupą), tylko na jednem oku. Pomijając kilka przypadków, spostrzeganych w klinice krakowskiej, miałem sposobność teraz na moim oddziale leczyć dwa podobne. Jeden, to wyżej opisany przypadek 5., oprócz mnie badany przez dwóch innych specyalistów, którzy obaj zgadzają się ze mną, że lewe oko jest zupełnie zdrowe, a prawe przedstawia typowy obraz jaglicy. Drugi przypadek podobny, chociaż może mniej wybitny, ale pomimo to wobec naszych dotychczasowych pojęć o jaglicy — zagadkowy.

6. K. K., Polak, wieśniak (L. prot. 893). Wywiady wskazują, że choroba ócz rozpoczęła się przed 3 laty równocześnie na obu oczach. Po wzięciu do wojska posłano chorego zaraz do szpitala jagliczego w D., gdzie był leczony przez 3 miesiące, poczem, według słów chorego, oczy przestały zupełnie ropieć i były całkiem blade. Odesłany, jako ozdrowieniec, do pułku, wraca już po 8 dniach, tym razem do mnie, w następującym stanie: Powieki prawego oka silnie obrzękle, obfita wydzielina ropna, spojówka powiek i gałki silnie przekrwiona. Spojówka powiek pokryta tak licznemi ziarnami różnej wielkości, że ziarna te wprost ugniatają się wzajemnie, o zabarwieniu szaroczerwonem, gruczoł przyuszny prawy wielkości małego orzecha laskowego, twardy, bolesny. Oko lewe blade, poza lekkim przerostem ciała brodawkowego na spojówce chrząstkowej powieki górnej i kilku grudek (follikułów) w załamku dolnym nie przedstawia żadnych śladów przebytego zapalenia jagliczego. Typowy obraz zapalenia Parinauda. Chorego tego mam w leczeniu już 4 tygodnie, sprawa na prawem oku znacznie się poprawiła, ziarna się przypłaszczyły, straciły żywe zabarwienie, obrzęk powiek ustąpił, gruczoł przyuszny wrócił do stanu prawidłowego; jedynie wydzielina, lubo w znacznie słabszej mierze, utrzymuje się jednak, a lewe oko, pozostawione samo sobie, bez żadnych ochronnych zarządzeń, nie przedstawia żadnych innych nowych zmian.

Wspomnieć tu muszę, że oddział mój zupełnie się na szpital jagliczy nie nadaje. Mam jedną wielką salę, przerobioną z teatru, gdzie na dole leży 80 chorych, którzy tylko w ten sposób są oddzieleni co do stopnia ciężkości choroby, że leżą oddzielnymi rzędami. Na galeryi, w tejże samej sali, gdzie jest bardzo duszno, leży 25 chorych, obok, prawdopodobnie w dawnej czytelni, leży 36. Chorzy cały wolny czas poza zabiegami lekarskimi, t. j. około 6 godzin dziennie, spędzają razem, czy to ćwicząc się, czy też oddając się różnym rozrywkom na świeżem powietrzu, więc o zasadniczem oddzielaniu cięższej od lżej chorych mowy niema; a pomimo to w takich warunkach jaglica, znajdująca się w ostrym okresie już przez 4 tygodnie, nie przenosi się u tego samego chorego z jednego oka na drugie.

Czyż takie przypadki potwierdzają nasze dotychczasowe poglądy na zaraźliwość jaglicy? Czyż może być większe niebezpieczeństwo zakażenia, jak jednego oka od drugiego? Czyż mało znamy przypadków zapalenia wiewiórowego, gdzie początkowo choroba jednego oka pomimo najstaranniejszej opieki lekarskiej, pomimo zalepiania zdrowego oka kollodyum ze szkiełkiem zegarkowem i całego szeregu innych zarządzeń, przenosi się na drugie oko; a tu bez takiego ochraniania, w niezupełnie odpowiednich warunkach, u ludzi mało inteligentnych, jaglica, tak niby bardzo zaraźliwa i czasami może równie niebezpieczna, jak tryper spojówki, pozostawia w spokoju najbliższe sąsiedztwo? Czyż zjawisko to nie wydaje się znów conajmniej dziwnem?

Pobudza do zastanowienia się jeszcze jedna sprawa, niestety najsmutniejsza i często zniechęcająca nawet do naszej, skądinąd tak wdzięcznej specyalności; to te przypadki jaglicy, na szczęście nieliczne, gdzie pomoc nasza pozostaje bez żadnego skutku. Znam dokładnie przebieg jednego z takich przypadków od pierwszej prawie chwili wybuchu choroby, ponieważ inteligentny chory zaraz spostrzegł swoje cierpienie i natychmiast zgłosił się do najlepszego specyalisty; ten robił, co tylko mógł, stosował wszystkie zachwalane przeciw jaglicy środki, a jaglica postępowała niemal z godziny na godzinę, zajęła rogówkę, wgryzła się w nią naczyniami i wywołała jej pęknięcie ze wszystkiemi poważnemi jego następstwami, a potem po długich miesiącach zamarła pod bliznami spojówkowemi, pozostawiając nędzne resztki oka, nadające się już jedynie do lepszego ustawienia protezy.

I to ma być znów również tylko tasama jaglica, co w poprzednich przypadkach, tasama, co kiedyindziej zajmuje tylko jedno oko, nie naruszając rogówki, tasama, która przebiega bez śladu prawie u ludzi, o oczy wcale nie dbających i nie leczących się, tasama, która niejednokrotnie tak łagodną przybiera postać, że chorzy jej zupełnie nie odczuwają, a lekarz specyalista z trudem odróżnić ją może od zmian, wywołanych atropiną lub innemi substancyami chemicznemi, tasama, która daje powód do pomyłek rozpoznawczych z zapaleniem mieszkowem?

Takich ciekawszych przypadków byłoby bezsprzecznie znacznie więcej, gdybym był na nie dawniej więcej uwagi zwracał.

Dlaczego jaglica, ta bezwarunkowo zakaźna choroba, przebiega pod tak różnorodnymi obrazami klinicznymi, jest dotychczas niczem niewytłómaczonem zjawiskiem. Przykładu podobnego trudnoby się było doszukać w przebiegu jakiejkolwiek innej choroby zakaźnej, a zwłaszcza takiej, która nawiedza ze szczególnem upodobaniem pewne narządy.

W jaglicy nigdy najdoświadczeńszy praktyk nie może stanowczo powiedzieć, czy sprawa nie przejdzie na rogówkę, czy się rzęsy ku rogówce nie zwrócą, a przedewszystkiem nie może on choremu odpowiedzieć na pierwsze i najważniejsze pytanie, jak długo potrwa choroba i czy długo będzie on niebezpieczny dla otoczenia. Dotychczas na pytanie, czy dany świeży przypadek jaglicy jest zaraźliwy, chociażby nie było wydzieliny, lekarz nie może odpowiedzieć bez wahania ani tak, ani nie. Jeśli się zdarzy przypadek taki w rodzinie, to sumienny lekarz, obok leczenia, kontroluje dla własnego spokoju oczy całego najbliższego otoczenia. Okulista woli raczej powiedzieć, że, choć dany przypadek przedstawia jaglicę o małem nasileniu, to jednak tosamo zapalenie, przeniósłszy się na inne oko, może przybrać daleko gorszą postać. Zdanie takie słyszałem niejednokrotnie z ust prof. Wicherkiewicza. Czy jest ono słusznem? Czy mamy prawo tak mówić, zanim poznamy zarazek prawdziwej jaglicy? Wtedy, gdy się przekonamy, że jeden i tensam drobnoustrój pod wpływem takich a takich przyczyn może wywołać łagodną i złośliwą, krótko lub długo trwającą, przemijającą bez śladów lub ze śladami jaglicę, wtedy dopiero będziemy mogli z całą pewnością powiedzieć, że, chociaż obraz kliniczny bywa różny, lecz choroba jest zawsze tasama, wtedy to napewno będziemy mogli wiele objawów naprzód przewidzieć i odpowiednio im zapobiegać.

A więc zmuszeni jesteśmy do wyboru dla jaglicy jakiegoś stałego klinicznego obrazu. Pewnie, że nie mając na razie podstawy bakteryologicznej, nie uchronimy się i w przyszłości od błędów rozpoznawczych, ale może nie będzie ich tak wiele, jak dotychczas, a rzecz ta nie pozbawiona jest wielkiego znaczenia wobec zarządzeń, podejmowanych przeciw jaglicy.

Dotychczas obraz kliniczny jaglicy był w podręcznikach okulistycznych w następujący sposób przedstawiany. Jaglica objawia się z początku jako ostre zapalenie spojówki na obu oczach równocześnie lub rzadziej na drugiem oku dopiero po kilku dniach, z obfitą wydzieliną śluzowo-ropną; spojówki silnie przekrwione i obrzękłe nie pozwalają na razie spostrzegać innych zmian. Po pewnym czasie, który się nie da ściśle oznaczyć, ten ostry stan ustępuje i wtedy spostrzegamy na spojówce obu powiek albo rozliczne, różnej wielkości, żywo-czerwone ziarna, najwybitniejsze w obu załamkach, najmniej widoczne na spojówce chrząstkowej, gdzie mają postać żółtawych, płaskich, drobnych wyniosłości. Albo też przybiera jaglica w tym okresie postać brodawkową, charakteryzującą się silnym przerostem ciała brodawkowego, przypominającą przewlekły nieżyt spojówki, a różniącą się od niego: przekrwieniem, wydzieliną i większym przerostem brodawek. W tym okresie może jaglica pozostawać miesiące, a nawet lata; podczas tego mogą powstać charakterystyczne zmiany na rogówce, poczynające się na górnym rąbku, w tym czasie powstaje i druga cechująca jaglicę zmiana, opadnięcie powieki górnej. Po dłuższem lub krótszem trwaniu tego okresu sprawa sama się niejako cofa: spojówka blednie, ziarna lub przerosłe brodawki potrosze znikają, a w miejsce ich zjawiają się początkowo bardzo delikatne, a następnie coraz silniejsze rozrosty tkanki łącznej, niesłusznie nazwane

bliznami. Tkanka ta, z czasem kurcząc się, wywołuje bardzo przykre i nieraz niebezpieczne dla oka objawy: zniesienie załamków i co za tem idzie, ograniczenie ruchów gałki ocznej, a drugi, jeszcze ważniejszy, nieprawidłowe ustawienie rzęs wskutek rowkowatego wygięcia się chrząstki powieki górnej (objaw Bourowa), które teraz przy każdym ruchu powiek trą rogówkę, wywołując wprost mechanicznie różne cierpienia; lecz te dwa objawy, wprawdzie bardzo przykre, nie są jeszcze najgorsze, ponieważ możemy z nimi walczyć, usuwając je częściowo lub zupełnie drogą operacyjną. Bez porównania gorszy jest trzeci objaw, zeschnięcie spojówki i rogówki, bo walka z nim jest bezskuteczna, a rola nasza ogranicza się w takich razach jedynie do zmniejszania dolegliwości.

(Dokończenie nastąpi).

Zapalenie pryszczykowe cewki moczowej (urethritis phlyctaenulosa)

podał

Dr Karol Poliwka (Marmarosz-Sziget).

Dwa są główne objawy kurczu zwieracza cewki, a mianowicie: względne czy czasowe utrudnienie oddawania moczu i opór, odczuwany przy przeprowadzeniu zgłębnika do pęcherza. Trudność oddawania moczu u dorosłych charakteryzuje się długiem czekaniem na strumień moczu, łatwem przerywaniem się strumienia przy drobnej przyczynie, jak wskutek obecności drugiej osoby, przestrachu i t. d. Po skończonym głównym akcie oddawania moczu odpływa jeszcze mocz mimowolnie wskutek mimowolnego skurczu i rozkurczu zwieracza. U dzieci kurcz zwieracza objawia się szczególnie zatrzymaniem moczu, bólem i krzykiem przy moczeniu. Rodzice, zgłaszając się do lekarza, podają, że dzieci przy oddawaniu moczu chwytają rękami za części rodne, często zaś zdarza się, że mocz nie odchodzi. Zatrzymanie to jest pozorne, bo dzieci zwykle oddają mocz albo w kąpieli, albo w drobnych ilościach, które łatwo uchodzą uwagi rodziców. Przyczyny tego cierpienia są różne. Uszeregował je klasycznie Guyon ze swą szkołą. Dla przypomnienia przytaczam ten podział.

A. Przyczyny ośrodkowe:

1. Psychopatye: hipochondrya, neurastenia, histerya, nerwice.
2. Zmiany anatomiczne mózgu: niedokrwienie, nawały krwi, zapalenia, krwotoki.
3. Zmiany rdzenia: urazy, zapalenia ostre i przewlekłe.

B. Przyczyny obwodowe:

1. Sfera moczowopłciowa.

a) Tylna część cewki: ciała obce, urazy, zapalenia cewki i sterczu.
b) Przednia część cewki: ciała obce, urazy, zapalenia, zwężenie ujścia cewki, stulejka.
c) Pęcherz: kamienie, urazy, zapalenia, nowotwory.
d) Moczowody, nerki: kamienie, zapalenia.
e) Zmiany moczu: mocz amoniakalny, wysycony mocz kwaśny, skaza moczanowa, zołzowa, niedokrwistość, użycie ostrych przypraw, napojów.

2. Sfera odbytowa: świąd odbytu (pruritus ani), zapalenia odbytnicy, ciała obce, operacye wykonane w tej okolicy.
3. Podniecenie czynnościowe: nadużycia »in Venere«, onania, wzwody niezaspokojone.
4. Odruchy skórne i trzewne: stłuczenie miednicy, po operacyach, po oparzeniach, po przeziębieniach.

Wyszukać niektóre z tych przyczyn jest czasem niepodobieństwem wskutek trudności badania. Zwykle u dzieci przy braku zmian w moczu przyjmuje się jakąś ze spraw nerwowych następowych wskutek niedokrwistości, zołzów i t. p. lub odruchowych z narządów wewnętrznych, szczególnie z jelit.

W ostatnim roku miałem w leczeniu 10 dzieci, chorych na kurcz zwieracza w wieku od jednego roku do 4 lat. Matki podawały, że chłopcy wzbraniają się oddać mocz, przy moczeniu krzyczą przeraźliwie, chwytając się za prącie. Dzieci zawsze były względnie zdrowe, choroba rozpoczynała się niepostrzeżenie. Warunki, w których się dzieci wychowywały, były mierne lub niehigieniczne. Wszystkich chorych badałem jak najszczegółowiej. U wszystkich dało się stwierdzić powiększenie gruczołów chłonnych, kości cienkie ze zgrubieniami krzywiczemi, twarz z początku choroby obrzmiała, czerwona, u 4 pryszczykowe zapalenie spojówek (conjunctivitis phlyctaenulosa). W 2—3. tygodniu choroby dzieci bardzo podupadały, były blade od niewyspania. Mocz, kilkakrotnie u każdego badany, nie zawierał ani ropy, ani kryształków, był jasny, winnożółty, c. g. 1015—1018. Gruczoł krokowy niewykształcony, okolica nad spojeniem łonowem niebolesna. Ujście cewki albo prawidłowe, albo przy rozchyleniu zaróżowione, napletek czasem obrzękły przy wędzidełku. Wprowadzenie zgłębnika do pęcherza bardzo trudne, cewka bardzo wrażliwa.

Rozpoznanie kurczu zwieracza było we wszystkich przypadkach pewne; przyczyna byłaby niejasna, gdyby się nie była usadowiła w trzech przypadkach na samem ujściu cewki, mianowicie: naokoło ujścia lub na jego jednej wardze u 3 chorych żydów znajdował się mały pryszczyk o brzegach żywo zaczerwienionych, obrzękłych, a środku wyniosłym, żółtawym, nie dającym się usunąć ścieraniem. Na obwodzie tej wyniosłości były strzępy nabłonka. Widocznie wytworzył się tu najpierw pęcherzyk, który pękł, a dno pokryło się nalotem. Wydzielina skąpa, badana pod mikroskopem, zawierała nieliczne ciałka białe wielojądrzaste, nie zawierała bakteryi. Cała sprawa uderzała wielkością oddziaływania ze strony chorego. Istniejące równocześnie u jednego z tych 3 chorych pryszczykowe zapalenie spojówki nasunęło mi na myśl podobieństwo pod względem klinicznym: wszak na oku również mały guziczek na brzegu rogówki wywołuje tak silny odczyn, światłowstręt, kurcz powiek.

Mimo braku badania histologicznego nazwałbym ten rodzaj zapalenia cewki zapaleniem »pryszczykowem« (urethritis phlyctaenulosa), na podstawie 1) stanu ogólnego chorych, 2) ujemnego wyniku badania pod względem bakteryologicznym, 3) leczenia, 4) koincydencyi w 4 przypadkach na dziesięciu chorych z pryszczykowem zapaleniem spojówki. We wszystkich przypadkach, w których nie można wykazać przyczyny kurczu zwieracza, należy myśleć o usadowieniu się w cewce pryszczyka wyżej opisanego.

Leczenie zwyczajne, jak czopki z belladony, środki przeciwgnilne moczowe, nie zmniejszają w tym rodzaju przypadków wcale objawów. W leczeniu należy uwzględnić: 1) stan ogólny, 2) pożywienie, 3) leczenie miejscowe. Kąpiele i maść rtęciowa żółta 0·5—2%, zastosowane w przypadkach zewnętrznego usadowienia się pryszczyka, do tygodnia sprowadziły ulgę i zmniejszenie się odczynu zapalnego. Pożywienie powinno być pozbawione wszelkich odżywczych specyfików, wyciągów, czekolady, kawy, rosołu. Choroba trwa do 3 tygodni. Odprowadzania moczu zgłębnikiem nie należy przedsiębrać: pogarsza się przez nie zwykle stan wrażliwości zwieracza, a jeśli wprowadzenie uda się, to się przekonywamy, że moczu niema w pęcherzu.

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz lekarski krakowski na r. 1917. Na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego ułożył Dr Adolf Klęsk. Rok XXV.

Po dwuletniej, wojną spowodowanej przerwie, pojawia się znowu Kalendarz lekarski krakowski. Wznowienie tego pożytecznego wydawnictwa tem więcej zasługuje na uznanie, że z powodów łatwo zrozumiałych nie było ono łatwe; czytelnicy z pewnością też uwzględnią, że w dzisiejszych warunkach musiała się objętość kalendarza nieco zmniejszyć, a spis lekarzy musiał być ograniczony do zamieszkałych we Lwowie i w Krakowie. Wszystkie najważniejsze działy kalendarza pozostały jednak nieuszczuplone; nowością jest treściwie zestawiona »chirurgia wojenna«. Strona typograficzna (druk tym razem wykonała Drukarnia Ludowa) jest zupełnie zadowalniająca. R.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Emerytury służby sanitarnej i zaopatrzenie jej rodzin.

Napisał

Dr praw Franciszek Krzysik.

W zeszłym roku nawiedziły nasz kraj zarazy. Z kolei czerwonka, potem cholera, w zimie ospa, a przez cały czas tyfus plamisty i brzuszny wybuchały z całą siłą i w pierwszych chwilach wystąpienia zmiatały liczne ofiary. Że nie przybrały tradycyjnych rozmiarów moru, to dzięki postępowi wiedzy lekarskiej, znakomitej organizacyi publicznej służby zdrowia, doświadczonej i niezmordowanej pracy krajowych władz sanitarnych, a w szczególności c. k. Namiestnictwa, prywatnej akcyi zacnych jednostek, które tworzyły organizacye do tłumienia epidemii i nieograniczonemu poświęceniu lekarzy, którzy się podjęli leczenia chorych i lokalizowania epidemii, a w dalszej konsekwencyi tłumienia jej w ognisku, i laików, którzy, jak siostry miłosierdzia i jak sanitaryusze, pod przewodnictwem lekarzy pielęgnowali chorych i spełniali najniższe, ale nie mniej niebezpieczne posługi, wymagające siły duszy i ciała i bezgranicznego poświęcenia.

Akcya ta jest wielka i godna osobnego przedstawienia dla nauki na przyszłość, dla wykazania wielkości poświęcenia i sprawności naszego społeczeństwa, wzmocnienia zaufania do ludzi, którzy nią kierowali i wykazania stopnia zrozumienia wartości ekonomicznej życia i zdrowia ludzkiego, do ocalenia której zmierzała.

Ja wspominam o niej tylko ubocznie, bo do należytego jej przedstawienia brak mi fachowych wiadomości i materyału, na gromadzenie którego niema dziś czasu i sposobności. W tej walce o zdrowie społeczeństwa i bliźnich padło ofiarą w czasie wojny 19 naszych lekarzy [1]).

Naszym obowiązkiem zająć się dolą rodzin tych bohaterów, co zapomnieli o sobie i swoich i na ratunek bliźnich położyli życie swoje.

Rodziny zostały w żałobie, którą może osłodzić Bóg jeden tylko, i cześć dla tych, którzy ją pozostawili — ale bez chleba, który im winno społeczeństwo.

Ustawodawstwo, organizując służbę sanitarną, pomyślało o losie ludzi, powołanych do tłumienia chorób zakaźnych i narażonych na połączone z tem niebezpieczeństwa.

Ustawa z dnia 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67 stanowi w drugim ustępie § 27: »Przy ustanowieniu lekarzy epidemicznych określi się ich pobory w drodze umowy z tem zastrzeżeniem, że mają oni pobierać w razie zachorowania pełną płacę także wtedy, jeżeli choroba ich nie powoduje niezdolności do pracy zawodowej«.

W § 34: »Jeżeli lekarz zatrudniony w krajach tutejszych przy zwalczaniu choroby, podlegającej obowiązkowi doniesienia, stracił zdolność do zarobkowania lub poniósł śmierć, to należą się jemu, w razie zaś jego śmierci rodzinie po nim pozostałej pobory emerytalne i pobory zaopatrzenia. Pobory emerytalne wynoszą conajmniej 2.400 kor., zaś pobory zaopatrzenia dla rodziny po nim pozostałej wymierza się w wysokości, ustanowionej dla urzędników państwowych VIII klasy rangi; tytułem kwartału pośmiertnego należy się pozostałej po nim rodzinie conajmniej kwota 600 kor. Przy przyznawaniu tych poborów zaopatrzenia oraz kwartału pośmiertnego należy zresztą przestrzegać ogólnych przepisów pensyjnych«.

»Jeżeli lekarzowi lub pozostałej po nim rodzinie należą się według innych przepisów pobory emerytalne i pobory zaopatrzenia na podstawie jego stosunku służbowego, wówczas uzupełnia się je w przypadkach, określonych w ustępie pierwszym, do przepisanej tamże wysokości«.

»Jeżeli pobory emerytalne i pobory zaopatrzenia, należące się według innych przepisów lekarzowi lub pozostałej po nim rodzinie na podstawie jego stosunku służbowego, dorównują wysokości przepisanej w ustępie pierwszym lub ją przewyższają, wówczas nie stosuje się powyższych postanowień niniejszego paragrafu«.

§ 35: »Jeżeli jakaś osoba, zajmująca się pielęgnowaniem, wskutek swego stałego lub przejściowego zatrudnienia w publicznej służbie sanitarnej przy zwalczaniu choroby, podlegającej obowiązkowi doniesienia, straci zdolność do zarobkowania lub poniesie śmierć, należą się jej, w razie zaś jej śmierci pozostałej po niej rodzinie pobory emerytalne i pobory zaopatrzenia. Pobory emerytalne wynoszą conajmniej 600 kor., pensya wdowia 300 kor., dodatek na wychowanie 60 kor., a pensya sieroca 150 kor.; tytułem kwartału pośmiertnego należy się pozostałej po niej rodzinie conajmniej kwota 150 koron. Przy przyznawaniu tych poborów emerytalnych i poborów zaopatrzenia oraz kwartału pośmiertnego należy zresztą przestrzegać ogólnych przepisów pensyjnych«.

»Jeżeli osobie, zajmującej się pielęgnowaniem lub pozostałej po niej rodzinie należą się według innych przepisów pobory emerytalne i pobory zaopatrzenia na podstawie jej stosunku służbowego, wówczas uzupełnia się je w przypadkach, określonych w ustępie pierwszym, do przepisanej tamże wysokości«.

»Jeżeli pobory emerytalne i pobory zaopatrzenia, należące się według innych przepisów osobie, zajmującej się pielęgnowaniem lub pozostałej po niej rodzinie, na podstawie jej stosunku służbowego, dorównują wysokości, przepisanej w ustępie pierwszym lub ją przewyższają, wówczas nie stosuje się powyższych postanowień niniejszego paragrafu.

»Jeżeli osoba, zajmująca się pielęgnowaniem, zachoruje wśród warunków określonych w ustępie pierwszym, a nie nastąpią przewidziane tam skutki, ma prawo do dalszego pobierania płacy«.

»Paragraf ten należy stosować także do osób zatrudnionych przy przewożeniu chorych i przy odkażeniu po myśli § 8«.

Według powyższych postanowień i postanowień § 36 lit. g), k) powołanej ustawy, lekarz wolno praktykujący, nie zajmujący posady publicznej, połączonej ze stałą płacą i prawem do emerytury, powołany do tłumienia epidemii specyalnem zarządzeniem władzy państwowej, ma prawo do poboru ze skarbu państwa:

1) umówionej płacy na cały czas choroby, jeżeli przy tłumieniu choroby zakaźnej zachoruje;

2) emerytury, jeśli przy tem straci zdolność do zarobkowania;

3) zaopatrzenia i kwartału pośmiertnego dla rodziny, jeżeli przy tem umrze.

Zwracam jednak uwagę, że prawo do poboru płacy na wypadek zachorowania w myśl drugiego ustępu § 27 przy umowie wyraźnie sobie zastrzedz powinien. Ponieważ w myśl § 45 ustawy z 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67 przeprowadzenie zarządzeń, które mają być wydane w myśl tej ustawy w zakresie zarządu wojskowego, należy do władz wojskowych, przeto lekarz cywilny, nie zajmujący żadnej posady publicznej połączonej z prawem do emerytury, powołany do czynności lekarskich w zakresie zarządu wojskowego w królestwach i krajach, reprezentowanych w Radzie Państwa, specyalnem zarządzeniem władzy wojskowej, nabywa w takich samych wypadkach te same prawa.

Sanitaryusze, powołani do współdziałania przy tłumieniu chorób zakaźnych, którzy nie zajmują posad publicznych połączonych z prawem do emerytury, nabywają w myśl § 36 lit. l)

---

[1]) Na tyfus plamisty:

Dr Wojciech Chrząszczewski w Samborze, Dr Zbigniew Żańko w Starejsoli, Dr Feliks Kaczurba z Medyki, Dr Władysław Borzęcki we Lwowie, Dr Witold Bilwin w Mielnicy, Dr Eugeniusz Borzęcki w Krakowie, Dr Maryan Sokołowski z Krakowa, Dr Maryan Bujalski w Obertynie, Dr Antoni Chomin we Lwowie, Dr Herman Arzt w Jazłowcu, Dr Taussig, starszy lekarz sztabowy, Dr Jan Starachowicz w Turce, Dr Michał Olejnik w Kamionce strumiłowej, Dr Edward Piotrowski w Kamionce strumiłowej.

Na tyfus brzuszny:

Dr Rogalski w Tarnowie, Dr Ludwik Katyński w Bieczu, Dr Hugo Ehrlich w Przemyślu, Dr Miron Jajus w Sokalu.

Na cholerę:

Dr Gilnreiner Michał w Tłustem.

Aptekarz Mr. Henryk Małkiewicz padł na stanowisku swojej pracy, gdy w czasie bitwy przyrządzał dla chorego lekarstwo.

Z sanitaryuszy pomarli wskutek zarażenia w wykonywaniu swoich obowiązków na tyfus plamisty: Piotr Szewczuk w Burkanowie, Michał Przyszlak w Chodorowie, Roman Minurka w Przemyślanach i zapewne wielu innych, o których nie wiem.

powołanej ustawy, w razie zachorowania, przytem niezdatności do pracy zawodowej lub śmierci prawo do:

1) emerytury,

2) zaopatrzenia i kwartału pośmiertnego dla rodziny ze Skarbu Państwa, do płacy zaś na czas choroby z funduszu tej władzy, która ich powołała, i to z ustawy, nawet bez wyraźnego zastrzeżenia w umowie. Dla bezpieczeństwa jednak zawsze lepiej takie zastrzeżenie już w umowie umieścić, choćby tylko dlatego, że uprawniony może w tym wypadku dochodzić swej pretensyi przed sądem cywilnym, z pominięciem władz administracyjnych i Trybunału Państwa.

Wypadek omówiony, t. j. wypadek, w którym lekarzowi, czy sanitaryuszowi, powołanemu specyalnem zarządzeniem władzy państwowej do tłumienia choroby zakaźnej w razie zachorowania przy wykonywaniu przyjętych obowiązków należy się umówiona płaca na czas choroby, a w razie niezdolności do zarobkowania zawodowego emerytura, w razie zaś śmierci zaopatrzenie i kwartał pośmiertny jego rodzinie, jest typowy i z pewnością dokładnie znany i jasny i sądzę, że, o ile chodzi o samo uprawnienie do emerytury czy zaopatrzenia, nie potrzebuje dalszych wyjaśnień, a o wysokości emerytury, zaopatrzenia i kwartału pośmiertnego pomówię obszerniej poniżej.

Mniej jasny będzie wypadek uprawnienia lekarza i personalu sanitarnego do emerytury, a ich rodzin do zaopatrzenia i kwartału pośmiertnego u lekarzy i sanitaryuszy, którzy bez specyalnego zarządzenia władzy muszą mieć styczność z chorobami zakaźnemi i tłumić je z obowiązku swojej służby, w której pozostają.

W tem położeniu są lekarze i funkcyonaryusze sanitarni szpitalni, lekarze kolejowi, więzienni i inni, którzy zajmują publiczne posady, a przedewszystkiem lekarze okręgowi, gminni, wojskowi i lekarze państwowej administracyi wewnętrznej (lekarze powiatowi i krajowi inspektorowie sanitarni).

Ponieważ zmierzam tylko do ułatwienia dochodzenia praw swoich interesowanym, a nie do systematycznego przedstawienia i wyczerpania przedmiotu, dlatego omówię tylko wypadki najczęstsze i najprostsze, dotyczące lekarzy gminnych, okręgowych i państwowych, zwłaszcza, że omówienie wypadków innych lekarzy i sanitaryuszy, zajmujących posady publiczne, wymaga znajomości ustaw, tworzących te posady i instrukcyi dla wspomnianych lekarzy i sanitaryuszy, których poszukiwanie dziś tak trudne, że prawie niemożliwe.

To zresztą, co powiem o lekarzach okręgowych, gminnych i państwowych, odnosi się analogicznie i do innych lekarzy i sanitaryuszy, zajmujących publiczne posady, a wyszukanie specyalnych przepisów prawnych i zastosowanie ich do konkretnego zachodzącego wypadku będzie rzeczą doradcy prawnego, który w takich razach jest niezbędny.

Według § 5, ustęp pierwszy ustawy z dnia 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67, »władze właściwe winny na skutek każdego podejrzenia co do pojawienia się choroby, podlegającej obowiązkowi doniesienia, wdrożyć bezzwłocznie za pośrednictwem lekarzy, których mają do rozporządzenia, dochodzenia i badania, potrzebne do ustalenia choroby«.

Według § 43. tej ustawy »należy do gmin, w poruczonym zakresie działania, w pierwszym rzędzie wdrożenie i przeprowadzenie dochodzeń, określonych w § 5 ustęp 1, oraz zarządzeń celem zapobiegania chorobom zaraźliwym oraz ich rozszerzeniu się, określonych w §§ 7. do 14. i 18., tudzież współdziałanie na miejscu przy wszystkich innych zarządzeniach, wydawanych po myśli niniejszej ustawy«.

»W razie pojawienia się szkarlatyny, błonicy, tyfusu brzusznego, tyfusu plamistego, ospy, cholery azyatyckiej, dżumy, egipskiego zapalenia oczu, wścieklizny, ukąszeń przez zwierzęta wściekłe lub podejrzane o wściekliznę, oraz w innych wypadkach nagłego niebezpieczeństwa, winni właściwi lekarze, pozostający w publicznej służbie sanitarnej, wdrożyć także zaraz na miejscu dochodzenia, określone w § 5. ustęp 1., oraz wydać zarządzenia, określone w §§ 7. do 14«.

»Wdrożenie, przeprowadzenie i zabezpieczenie przepisanych niniejszą ustawą dochodzeń i zarządzeń w celu zapobiegania chorobom, podlegającym obowiązkowi doniesienia, i ich zwalczania, względnie nadzorowanie i popieranie zarządzeń, wydawanych w pierwszym rzędzie przez gminy albo po myśli ustępu poprzedniego przez właściwe organa sanitarne, należy do zadań władz politycznych, powołanych do wykonywania państwowego zakresu działania w sprawach sanitarnych«.

Według § 1. ustawy z dnia 2. lutego 1891 D. u. k. Nr 17 organami gmin do wykonywania obowiązków sanitarnopolicyjnych, nałożonych na nich ustawą z 30. kwietnia 1870 D. p. p. Nr 68, której postanowienie 1. ustęp § 43. ustawy z dnia 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67, utrzymuje w mocy, są lekarze gminni i lekarze okręgowi.

Według § 2 ustawy z dnia 5. października 1906 D. u. k. Nr 148, gminy mające osobny statut, jakoteż gminy, w których obowiązuje ustawa z dnia 13. marca 1889 D. u. k. Nr 24, mają utrzymywać własnym kosztem lekarzy gminnych, tak, żeby na każde 15.000 mieszkańców przypadał co najmniej jeden lekarz. Inne gminy, nie wcielone do okręgu sanitarnego, mogą ustanowić lekarzy gminnych, jeżeli poniosą wszystkie wydatki, połączone z ich utrzymaniem.

Gminy, nie utrzymujące własnych lekarzy, będą w myśl § 3. tej ustawy łączone z gminami tego samego powiatu politycznego i z istniejącymi przy nich obszarami dworskimi w okręgi sanitarne.

Według instrukcyi dla lekarzy gminnych i okręgowych, wydanej w załączniku A. do rozporządzenia wykonawczego cytowanej ustawy w Dzienniku ustaw i rozporządzeń krajowych z r. 1907 Nr 158 lit. A) ustęp pierwszy, »lekarz tak gminny jak okręgowy jest powołany do współdziałania przy wykonywaniu sanitarnopolicyjnych obowiązków, przydzielonych gminom, tak w samoistnym, jak przekazanym zakresie działania«, zaś według tejże instrukcyi lit. B), u) winien on »interweniować wcześnie i roztropnie w razie wybuchu jakiejkolwiek choroby zakaźnej, udać się na miejsce zaraz po otrzymaniu wiadomości o pierwszym wypadku choroby zakaźnej celem sprawdzenia rodzaju choroby, zawiadomić natychmiast naczelnika gminy i przy jego współudziale zarządzić wszystko, co w myśl obowiązujących przepisów dla stłumienia choroby w zarodku zrobić należy, mianowicie: odosobnić chorych, bądź we własnem ich mieszkaniu, bądź w osobnym lokalu, na to przeznaczonym; pouczyć otoczenie chorego o sposobie zachowania się i o środkach ostrożności, zarządzić i przypilnować jak najdokładniejszą desinfekcyę, szczególnie nie ograniczać swej czynności tylko do żądań sanitarnopolicyjnych, lecz nieść czynną pomoc lekarską wszystkim chorym, dotkniętym chorobą zaraźliwą, chybaby chorzy lub ich rodziny innego lekarza pożądały...«

Lekarz powiatowy, według instrukcyi, wydanej rozporządzeniem ministeryalnem z 23. października 1871 l. 14.887, »ma mieć nadzór nad sprawowaniem policyi sanitarnej przez gminy tak w zakresie własnym, jak i poruczonym«.

Ponieważ prawa, przyznane § 34. ustawy z dnia 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67, zyskuje »lekarz zatrudniony w krajach tutejszych przy zwalczaniu choroby, podlegającej obowiązkowi doniesienia« (»ein Arzt bei Bekämpfung einer anzeigepflichtigen Krankheit tätig«), a nietylko lekarz, powołany do tego specyalnem zarządzeniem władzy państwowej, przeto jasną jest rzeczą, że służą one każdemu lekarzowi, który z obowiązku swojego publicznego stanowiska jest powołany do tłumienia chorób zakaźnych, bez specyalnego polecenia władzy państwowej, a więc lekarzowi gminnemu, okręgowemu i powiatowemu.

Ponieważ zwalczanie chorób zakaźnych w zakresie zarządu wojskowego należy w myśl § 45. powołanej ustawy do zarządu wojskowego, który je wykonuje przez lekarzy wojskowych, przeto § 34. tej ustawy ma zastosowanie i do lekarzy wojskowych.

Tosamo, co do lekarzy, odnosi się w myśl § 35. cytowanej ustawy do osób, zajmujących się pielęgnowaniem chorych zakaźnie z obowiązku swojej służby publicznej i używanych do współdziałania przy tłumieniu epidemii.

Wspomniany bowiem przepis ustawy nie mówi o osobach, doraźnie najętych do pielęgnowania i obsługi zakaźnie chorych i do robót służebnych przy tłumieniu epidemii, lecz wyraża się ogólnie: »Jeśli jakaś osoba, zajmująca się pielęgnowaniem, wskutek swego stałego lub przejściowego zatrudnienia w publicznej służbie sanitarnej przy zwalczaniu choroby, podlegającej obowiązkowi doniesienia, straci zdolność do zarobkowania lub poniesie śmierć...«

Zakres tych osób jest bardzo wielki, bo w służbie państwowej, krajowej i gminnej bardzo wielka ilość funkcyonaryuszy z zakresu straży i służby musi w wykonywaniu swych obowiązków współdziałać przy tłumieniu chorób zakaźnych. Wspomnę tu tylko żandarmeryę, policyę, służbę szpitalną, oglądaczy zwłok.

Do chorób, podlegających obowiązkowi doniesienia należą według § 1. cytowanej ustawy: 1) szkarlatyna, 2) błonica, 3) tyfus brzuszny, 4) biegunka krwawa (dysenterya), 5) nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych, 6) gorączka połogowa, 7) tyfus plamisty, 8) ospa, 9) cholera azyatycka, 10) dżuma, 11) tyfus

powrotny, 12) trąd (lepra), 13) egipskie zapalenie oczu (trachoma), 14) żółta febra, 15) wąglik, 16) nosacizna, 17) wścieklizna oraz ukąszenie przez zwierzęta, chore na wściekliznę, lub u których zachodzi podejrzenie co do tej choroby — i inne choroby, które ministerstwo w drodze rozporządzenia podda obowiązkowi doniesienia.

Zaznaczam, że ustawa z 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67 nie łączy uprawnień z §§ 27, 34. i 35. z zakażeniem, ani nawet nie wymaga, by choroba czy śmierć stała w stosunku przyczynowym z zwalczaniem choroby zakaźnej i przyznaje te uprawnienia na wypadek choroby, utraty zdolności do pracy zawodowej i śmierci przy zwalczaniu choroby zakaźnej. Czyni to z tej prostej przyczyny, że wobec okoliczności, w jakich te wypadki następują, są wszystkie dane do domniemania prawnego, że tak było, a dowodzenie tej okoliczności, jak i jej przeciwieństwa, jest zarówno niemożliwe, jak i bezcelowe, i byłoby tylko niebezpiecznym powodem do odmawiania słusznych a skromnych uprawnień.

Wreszcie dodaję, że do korzyści z §§ 34. i 35. powołanej ustawy mają prawo także lekarze i sanitaryusze, zajęci z obowiązku swej służby publicznej na terytoryum »krajów tutejszych« (»im Inlande«) w czasie inwazyi.

Inwazya jest bowiem wypadkiem elementarnym a nie prawem. Terytoryum, objęte inwazyą, nie przestaje być »krajem tutejszym« (»Inland«) i nie traci prawnego związku z państwem, do którego należy.

Inwazya nie zwalnia nikogo od obowiązków względem kraju ojczystego, ani nie pozbawia praw, co najwyżej uniemożliwia chwilowo ich wykonanie.

Jeśli zatem lekarz nie doznaje przeszkody ze strony nieprzyjacielskiej przemocy i spełnia swoje obowiązki służbowe w myśl intencyi prawowitej władzy ojczystej, wobec której je zaprzysiągł, to przysługują mu i prawa, z tymi obowiązkami związane.

Zanim przystąpię do omówienia wysokości emerytur i zaopatrzeń, muszę się jeszcze załatwić z pozorną kolizyą prawną pomiędzy ustawą z 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67, a ustawą emerytalną lekarzy okręgowych z 12. maja 1909 D. u. k. Nr 68. Według ostatniego ustępu § 16 tej ustawy »wdowom i sierotom po lekarzach okręgowych, którym służy prawo do pensyi, względnie zaopatrzenie na mocy Najwyższego rozporządzenia z dnia 3. lutego 1856 D. p. p. Nr 113 i z dnia 9. marca 1857 D. p. p. Nr 95, nie będzie przyznana pensya wdowia względnie dodatek na wychowanie na podstawie niniejszej ustawy«.

Najwyższe postanowienie z 3. lutego 1856 ogłoszone zostało rozporządzeniem ministeryalnem z dnia 6. maja 1859 D. p. p. Nr 113 i brzmi, jak następuje:

»Wdowy i sieroty po lekarzach i posługaczach dla chorych, stale ustanowionych w służbie państwowej lub w służbie publicznych funduszów, jeżeli co do nich należycie będzie stwierdzone, że śmierć ponieśli wskutek swej służby przeciw cholerze, a to bez różnicy, czy stali się ofiarą samej epidemii, czy z innej choroby — mają do pensyi, prowizyi i dodatków na wychowanie według normy nawet wtedy prawo, jeżeli zmarły nie wysłużył jeszcze dziesięciu lat«.

»Wdowy i sieroty po innych lekarzach, chirurgach i posługaczach dla chorych, którzy na wezwanie władzy użyci byli przeciw cholerze i w sposób dowiedziony w tej służbie śmierć ponieśli, mają prawo do pensyi, prowizyi i dodatków na wychowanie — a to wdowy i sieroty po takich lekarzach na równi z wdowami i sierotami po lekarzach powiatowych i chirurgach w służbie państwowej, a wdowy i sieroty po takich posługaczach dla chorych na równi z wdowami i sierotami po ustanowionych posługaczach«.

»Kwotę przypadających pensyi i dodatków na wychowanie należy wymierzyć według istniejących norm a prowizyę dla wdów po posługaczach dla chorych dziennie po sześć do piętnastu grajcarów«.

»Takie pobory dla wdów i sierót po lekarzach, chirurgach i posługaczach chorych, którzy byli w służbie funduszów publicznych, a śmierć ich nastąpiła w ich własnym zakresie służbowym, pokryte być mają z właściwych funduszów, jeżeli zaś śmierć nastąpiła przy innem zatrudnieniu służbowem, taksamo, jak pobory dla wdów i sierót po osobach w służbie państwowej będących, a po osobach stanu lekarskiego bez służby, ze Skarbu Państwa«.

Rozporządzenie to rozszerzone zostało Najwyższem postanowieniem z dnia 9. marca 1857 D. p. p. Nr 95 na lekarzy, sanitaryuszy i ich rodziny, którzy zmarli przy tłumieniu tyfusu epidemicznego.

Jakkolwiek według § 48. ustawy z dnia 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67, »tracą moc obowiązującą z wejściem w życie« tej »ustawy lub odnośnego rozporządzenia wszystkie przepisy, odnoszące się do przedmiotów, unormowanych« tą »ustawą lub wydanem na jej podstawie rozporządzeniem«, a więc i rozporządzenie z dnia 6. maja 1856 D. p. p. Nr 113. i z dnia 8. maja 1857 D. p. p. Nr 95, postanowienie to nie wywiera wpływu na powołany wyżej przepis ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych, bo ustawodawstwo państwowe nie ma wpływu na ustawy krajowe i nie może uchylać ich postanowień. Rodziny więc lekarzy okręgowych, którym przysługuje prawo do zaopatrzenia według powołanych rozporządzeń, nie mają prawa do zaopatrzenia według powołanej ustawy emerytalnej.

Ponieważ według § 13. ustęp 2. ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych »wdowy, których małżonkowie utracili życie skutkiem przypadku, jaki ich dotknął z powodu pełnienia służby lekarza okręgowego« otrzymują pensyę wdowią i ponieważ według rozp. min. z 6. maja 1856 D. p. p. Nr 113 »pobory dla wdów i sierót po lekarzach..., którzy byli w służbie funduszów publicznych, a śmierć ich nastąpiła w ich własnym zakresie służbowym, pokryte być mają z właściwych funduszów«, a więc w tym wypadku z funduszu emerytalnego lekarzy okręgowych, przeto postanowienie ostatniego ustępu § 16. tej ustawy odnosi się tylko do tych rodzin lekarzy okręgowych, którzy na wezwanie władzy spełniali służbę lekarzy epidemicznych przy tłumieniu tyfusu epidemicznego i cholery poza swoim okręgiem sanitarnym i zmarli przy tem na cholerę azyatycką lub tyfus epidemiczny (rozp. min. z 6. maja 1856 D. p. p. Nr 113 i z 8. maja 1857 D. p. p. Nr 95).

Co do wysokości emerytur, zaopatrzeń i kwartałów pośmiertnych, to ustawa z 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67 na pierwszy rzut oka pozornie więcej obiecuje, niż istotnie daje.

Przytoczyłem wyżej brzmienie §§ 34. i 35. tej ustawy. Po ich przeczytaniu odnosi się wrażenie, że lekarz, który przy zwalczaniu chorób zakaźnych utraci zdolność do zarobkowania zawodowego, otrzyma najmniej 2.400 kor., sanitaryusz w podobnym wypadku najmniej 600 kor. emerytury, zaś na wypadek ich śmierci rodzina po lekarzu najmniej 600 kor., a rodzina po sanitaryuszu najmniej 150 kor. kwartału pośmiertnego.

Zwroty jednak »co najmniej« w tych §§ nie stanowią praw lekarzy i sanitaryuszy do wyższych emerytur, względnie ich rodzin do wyższych kwartałów pośmiertnych, lecz tylko granicę, do której Skarb Państwa uzupełnia te emerytury i kwartały pośmiertne.

Wynika to jasno z drugich i trzecich ustępów tych §§. Ustawa wychodzi z założenia, że lekarze i sanitaryusze, o których mówi, mają prawo do emerytur, a ich rodziny do zaopatrzeń ze swojego stosunku służbowego na podstawie innych przepisów. Jeśli na tej podstawie należą się im wyższe emerytury względnie zaopatrzenia, lub conajmniej takie same, jak przewidują powołane paragrafy, natenczas ich postanowienia nie mają zastosowania. Dopiero wtedy, jeśli chodzi o lekarza lub sanitaryusza, który nie zajmował żadnej posady z prawem do emerytury i zaopatrzenia, jako lekarz wolno praktykujący lub sanitaryusz najęty, albo zajmował taką posadę, ale prawa do emerytury jeszcze nie nabył, albo wprawdzie nabył prawo do emerytury względnie zaopatrzenia rodziny, ale niższej, niż przewidziana w powołanych przepisach, Skarb Państwa przyznaje w myśl § 36. lit. k) l) ustawy z 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67 emeryturę względnie zaopatrzenie w wysokości w nich przewidzianej, lub przyznane z innych funduszów, na podstawie innych przepisów, uzupełnia do przewidzianej wysokości.

Krótko mówiąc, treść tych długich i wprowadzających w błąd §§ 34. i 35. i części § 27. da się wyrazić słowami:

»Jeżeli lekarz lub sanitaryusz przy tłumieniu choroby zakaźnej, podlegającej obowiązkowi doniesienia, zachoruje, pobiera na czas choroby płacę, połączoną z jego posadą, względnie przyznaną mu mocą kontraktu za czynności tłumienia tej choroby. W razie utraty zdolności do zarobkowania zawodowego lub w razie śmierci, należy mu się emerytura względnie jego rodzinie kwartał pośmiertny i zaopatrzenie, połączone z jego publiczną posadą. Jeśli nie zajmował publicznej posady, połączonej z prawem do emerytury i zaopatrzenia, lub zajmował ją wprawdzie, ale tych praw z jakichkolwiek przyczyn jeszcze nie nabył, lub jeśli pobory emerytalne, kwartał pośmiertny i zaopatrzenie mniej wynoszą, natenczas należy się emerytura ze Skarbu Państwa: lekarzowi 2.400 kor., sanitaryuszowi 600 kor., rodzinie lekarza kwartał pośmiertny 600 koron i zaopatrzenie dla wdowy, dzieci, względnie sierot w wysokości zaopatrzenia wdowy i dzieci względnie sierot po urzędnikach państwowych VIII klasy rangi; rodzinie sanitaryusza kwartał pośmiertny 150 kor., pensya wdowia 300 kor., zaopatrzenie dla dzieci 68 kor., pensya sieroca 150 kor. Przy wymiarze tych emerytur, kwartałów pośmiertnych, wdowich pensyi, dodatków na wychowanie i pensyi sierocych stosować należy ogólne przepisy emerytalne«.

Dla uzupełnienia dodaję, że wdowia pensya po urzędniku państwowym VIII klasy rangi wynosi według § 5. ustawy z 14. maja 1896 D. p. p. Nr 74 1.400 kor., dodatek na wychowanie według § 8. tej ustawy $^1/_5$ wdowiej pensyi, t. j. w obecnym wypadku 280 kor., suma ich jednak nie może przekraczać wdowiej pensyi, t. j. w obecnym wypadku kwoty 1.400 kor. i przysługuje bez względu na płeć do 24. roku życia, względnie do wcześniejszego zaopatrzenia.

Pensya sieroca wynosi według § 9. tej ustawy $^1/_2$ wdowiej pensyi, t. j. w obecnym wypadku 700 kor. z tem jednak zastrzeżeniem, że gdyby suma normalnych dodatków na wychowanie przekraczała sumę pensyi sierocej, a była wyższa od sumy 700 kor., natenczas asygnuje się zwyżkę wedle głów. Zwyżka, asygnowana sierocie, odpada, kiedy gaśnie prawo sieroty do poboru dodatku na wychowanie.

Pensya sieroca wraz z dodatkami nie może przekraczać wysokości wdowiej pensyi, a więc w obecnym wypadku kwoty 1.400 kor.

Pensya wdowy po emerycie wraz z dodatkami na wychowanie nie może przekraczać emerytury zmarłego (§ 10. cyt. ustawy), a więc w obecnym wypadku kwoty 2.400 koron.

Tosamo odnosi się analogicznie do pensyi wdów po sanitaryuszach, dodatków na wychowanie i pensyi sierocych.

Lekarze i sanitaryusze uzyskują prawo do poboru emerytury, względnie ich rodziny do poboru zaopatrzenia, z dniem, następującym po dniu, za który pobrali płacę, połączoną z ich publiczną posadą, względnie na mocy kontraktu w myśl §§ 27. i 35. ustawy z 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67.

Lekarze i sanitaryusze, którzy nie zajmowali publicznych posad, połączonych z prawem do emerytury, względnie ich rodziny, winni wnosić podania o przyznanie emerytur i zaopatrzeń do Namiestnictwa.

Do podania o emeryturę należy dołączyć zarządzenie (dekret) władzy publicznej, powołujące do spełniania służby, połączonej z obowiązkiem tłumienia chorób zakaźnych, podlegających obowiązkowi zgłoszenia.

Do podania o wdowią pensyę i zaopatrzenia dla dzieci trzeba nadto dołączyć: 1) metrykę ślubu; 2) metryki chrztu dzieci; 3) metrykę śmierci zmarłego męża i ojca; 4) poświadczenie gminy zamieszkania, potwierdzone przez właściwy urząd parafialny, że: a) wdowa żyła ze zmarłym do jego zgonu we wspólności małżeńskiej; b) dzieci, dla których żąda dodatku na wychowanie, są niezaopatrzone na jej utrzymaniu.

Do podania o pensyę sierocą po wdowcu nie emerycie potrzebne są załączniki wyżej pod l. p. 2 i 3 wspomniane.

Pensyę sierocą po wdowcu emerycie i po wdowie pobierającej pensyę wymierzy władza z urzędu.

Lekarze i sanitaryusze, którzy zajmowali posady publiczne, połączone z prawem do emerytury, względnie ich rodziny, winni przedewszystkiem wnosić podania o emerytury względnie zaopatrzenia do swojej władzy służbowej, tak samo udokumentowane.

Jeśli ta władza przyzna emeryturę, względnie zaopatrzenie i kwartał pośmiertny w wysokości, oznaczonej w §§ 34. i 33. ustawy z 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67, nie mają żadnego prawa do Skarbu Państwa i niema potrzeby, ni celu wnosić podań do Namiestnictwa, bo w tym wypadku na podstawie ustawy nic przyznać nie może, a do przyznawania dodatków w drodze łaski niema prawa.

Dopiero jeśli emerytura, względnie zaopatrzenie i kwartał pośmiertny, przyznane przez władzę służbową, nie dosięga wy-

sokości emerytury, względnie wysokości kwartału pośmiertnego i zaopatrzenia, wyznaczonego w §§ 34. i 35. powołanej wyżej ustawy, należy wnieść podanie do Namiestnictwa o uzupełnienie, udokumentowane jak wyżej, do którego nadto należy dołączyć orzeczenie (dekret) emerytalne, względnie dotyczące zaopatrzenia, władzy służbowej.

Od orzeczenia Namiestnictwa służy zawsze rekurs do Ministerstwa spraw wewnętrznych, który wnosić należy do Namiestnictwa w czterech tygodniach, licząc od dnia, następującego po dniu jego doręczenia, bez względu na to, czy w orzeczeniu na rekurs zezwolono czy nie (ustawa z dnia 12. maja 1896 D. p. p. Nr 101).

Zaznaczam, że rekurs powinien być adresowany do Namiestnictwa i oddany na pocztę przed upływem wspomnianego terminu, bo skierowanie go do innej władzy, n. p. Starostwa lub Ministerstwa, lub oddanie na pocztę po upływie tego terminu uważa się za spóźnienie i powoduje odrzucenie rekursu bez jego badania.

Niezadowolony rozstrzygnieniem Ministerstwa może skarżyć do Trybunału Państwa (Art. 3. lit. a) ustawy z dnia 22. lipca 1868 D. p. p. Nr 111), jednakże tylko za pośrednictwem adwokata (§ 16. ustawy z dnia 18. kwietnia 1869 D. p. p. Nr 44).

Środki prawne od orzeczeń emerytalnych władz służbowych, nie podlegających Ministerstwu spraw wewnętrznych, krótko i ogólnikowo oznaczyć się nie dadzą, bo będą one różne, w miarę różnych władz służbowych.

Mogę tylko dać jedną generalną radę, by interesowany, niezadowolony orzeczeniem pierwszej instancyi, nie czynił żadnych kroków bez porady adwokata, a zasięgnął jej natychmiast po otrzymaniu orzeczenia, bo termin do rekursu może być bardzo krótki, a pouczenie o środkach prawnych albo opuszczone albo mylne, co jednak zwykle nie chroni interesowanego od niekorzystnych skutków, jakie za sobą pociąga w razie zaniedbania terminu rekursowego lub wniesienia rekursu do niewłaściwej władzy.

Z Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej. W sprawie wymiany lekarzy zakładników i lekarzy jeńców wojennych, przynależnych do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, Wydział Izby czynił starania o ich uwolnienie, wnosząc odnośne przedstawienia pisemne do Ministerstwa spraw zagranicznych, Ministra dla Galicyi i Namiestnictwa, oprócz tego zaś Prezydyum Izby prosiło na odbytych audyencyach u pp. Ministrów i Namiestnika o poparcie sprawy.

Na ostatni memoryał, wniesiony na ręce JE. Namiestnika, otrzymała Izba lekarska następującą odpowiedź: »Prezydyum c. k. Namiestnictwa. 13844/pr. Biała, dnia 14. września 1916. Do Szanownej Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej we Lwowie. Na pismo z dnia 26. sierpnia b. r. L. 524/16. mam zaszczyt oznajmić, że w sprawie osób cywilnych, a więc także lekarzy, zabranych przez nieprzyjaciela z Galicyi w charakterze zakładników, wdrożono już odnośną akcyę i przedłożono c. k. Ministerstwu spraw wewnętrznych sumaryczne wykazy tych osób celem interwencyi we właściwej drodze. Natomiast, o ile chodzi o lekarzy, którzy służąc w wojsku dostali się w niewolę, jako jeńcy wojenni, to kompetentnem do interweniowania jest c. k. Ministerstwo wojny, które wdraża odnośne kroki w drodze dyplomatycznej za pośrednictwem c. i k. Ministerstwa spraw zewnętrznych. Wobec tego przedkładam równocześnie pismo Szanownej Izby wraz ze stosownem sprawozdaniem, w którem popieram wniosek Szanownej Izby, c. i k. Ministerstwu wojny. — C. k. Namiestnik: Diller G. M. m. p.«.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska. We Lwowie dnia 18. października 1916. Prezydent: Dr Papée.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. X. do 21. X. 1916 stwierdzono wśród ludności cywilnej: płonicy 11 † 1 (zamiejscowych 3 † 1) przypadków, błonicy 4 (1), duru brzusznego 2 † 2, czerwonki 2. Doc. Dr Janiszewski.

W klinice chirurgicznej lwowskiej wakuje kilka posad asystentów. Specyalne wykształcenie chirurgiczne nie jest koniecznie potrzebne. Kandydaci zechcą zgłaszać się do Dyrektora kliniki, radcy dworu prof. Dr L. Rydygiera (Lwów, klinika chirurgiczna).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Rok LV. Nr 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI



Dzień 5 listopada, zapowiadający koniec wiekowej niewoli jednej z trzech dzielnic ziemi naszej, a zwiększenie narodowych praw w drugiej dzielnicy, musiał poruszyć do głębi każdego Polaka.

Z niezłomną wiarą w spełnienie się wspólnego celu wspólnemi siłami Narodu, uczestniczą lekarze polscy w uczuciach całego społeczeństwa, gotowi do pracy na nowych polach na pożytek Ojczyzny, wolnej, niepodległej i oby jak najrychlej zjednoczonej.

Przemówienie Prof. Dr J. Piltza

prezesa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

na uroczystem posiedzeniu Towarzystwa w dniu 9 listopada 1916 r.

Po przeszło wiekowych walkach o niepodległość nadeszła chwila, w której mają się ziścić marzenia i tęsknoty kilku pokoleń.

Zwycięskie mocarstwa centralne postanowiły z obszarów Polski, odebranych wrogowi, utworzyć samoistne, niepodległe Państwo Polskie z własnym królem, własnym rządem i własną armią.

Chwila ta ma w dziejach naszego narodu epokową doniosłość: znowu mamy się stać narodem wolnym i zająć należne nam miejsce w szeregu państw kulturalnych.

Odepchnięci od zachodu przez nawałę moskiewską, gnębieni wszelkimi środkami, na jakie tylko despotyzm carski mógł się zdobyć, — przetrwaliśmy w ukochaniu Ojczyzny i dziś mamy Ją otrzymać wolną.

Jakkolwiek to, co się ma stać teraz, nie odpowiada całkowicie temu, coby się stać powinno, bo nie odpowiada naszym ostatecznym celom, to jednak przyjmujemy to z radością, jako zapowiedź lepszej, szczęśliwszej przyszłości narodu.

Stworzenie na razie z ziem Królestwa Polskiego samoistnego Państwa Polskiego otwiera nam szerokie horyzonty pracy narodowej i daje podstawę i wskazuje drogi do osiągnięcia ostatecznych celów.

Jak dla jednostki niezależność materyalna i duchowa jest ideałem, do którego każda jednostka dążyć powinna, taksamo samodzielność i niezawisłość państwowa jest ideałem, do którego każdy, nawet najmniejszy naród dąży. Bo jak zależność ogranicza swobodę ruchów jednostki i nie pozwala na rozwój w całej pełni wszystkich jej władz fizycznych i duchowych, taksamo podległość narodu nie pozwala na pełne rozwijanie się sił narodowych i paczy charakter jednostek.

Wolność zaś i niezależność stwarza nietylko najpomyślniejsze i najkorzystniejsze warunki dla rozwoju utajonych sił i talentów, ale przedewszystkiem, i to jest najważniejsze, daje najlepsze warunki dla rozwoju charakteru jednostek.

Wolność ludzi uszlachetnia!

Ogłoszenie niepodległości Polski jest jednak dopiero tłem, na którem ma powstać Polska. Polska będzie taką, jaką my ją sami sobie stworzymy.

Czeka nas więc olbrzymia i trudna praca organizacyjna. I tylko przez wyrabianie w sobie równowagi uczuć, żelaznej siły woli i wytrwałości i konsekwencyi w działaniu, przez wyrobienie zdolności panowania nad sobą, przez rozwijanie w sobie sumienności i uczciwości w najogólniejszem tego słowa znaczeniu i poczucia solidarności zbiorowej, z drugiej strony przez usilną pracę, zdołamy Ojczyznę naszą zrobić silną i szczęśliwą.

Ponieważ my lekarze, jako przyrodnicy i biologowie, najlepiej zdajemy sobie sprawę z tego, że charakter jest podwaliną i dźwignią wszelkiego działania, przeto jest naszym obowiązkiem obok postulatów sanitarnych sprawę rozwijania i wyrabiania charakterów postawić dziś na porządek dzienny.

Teoretyczne i praktyczne kształcenie i rozwijanie charakteru powinno stać się dziś jednem z najważniejszych zadań wolnego szkolnictwa polskiego, a »nauka o charakterze« powinna wejść w skład programu średnich i wyższych szkół naszej Ojczyzny, jako jeden z pierwszorzędnych i obowiązkowych przedmiotów.

Zdolności i talentów nam nigdy nie brakło. Charakter na tej drodze powoli w sobie wyrobimy.

Polska musi stanąć silna zgodą, oświatą i dobrobytem.

Z radością w sercu witamy podniosłą chwilę.

Niech żyje Polska wolna i niepodległa!

Na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego zebrali się lekarze, przebywający w Krakowie, w d. 9 listopada b. r. w Domu Towarzystwa na uroczyste posiedzenie. Sala Towarzystwa wypełniła się po brzegi uczestnikami zebrania w strojach uroczystych; za stołem prezydyalnym zasiedli obok prezydyum Towarzystwa prezydent Izby lekarskiej Dr Schoengut i prezes Związku lekarzy Dr Damski, poczem wśród podniosłego nastroju prezes Towarzystwa prof. Piltz wygłosił przemówienie, które podajemy na czele dzisiejszego zeszytu.

Następnie uchwaliło zebranie wśród gorących oklasków wysłać do lekarzy warszawskich na ręce Dr Brudzińskiego, rektora Uniwersytetu i prezesa Rady miejskiej, następujący telegram:

»Na przełomie dziejów łączymy się z wolnymi obywatelami wolnego Państwa Polskiego w uczuciach miłości wspólnej sprawy, nadziei wspólnej pracy dla Ojczyzny i niezłomnej wiary w spełnienie się wspólnych dążeń i ideałów«.

Imieniem Towarzystwa podpisali telegram prezes prof. Piltz, wiceprezes prof. Ciechanowski i sekretarz stały prof. Nitsch.

Wreszcie na wniosek Zarządu uchwalono wśród oklasków mianować Dr Józefa Brudzińskiego członkiem honorowym Towarzystwa.

Po przemówieniu kol. Michałowicza imieniem kolegów zakordonowych, prezes zamknął posiedzenie.

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego.
(Dyrektor: Prof. Dr W. Jaworski).

I. Wydzielanie kwasu moczowego w niektórych chorobach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

II. Wpływ niektórych wyciągów gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na wydzielanie kwasu moczowego.

podał

Dr Jan Nowaczyński
asystent kliniki.

(Dokończenie).

VIII. J. K. lat 43. L. dz. 347. Diabetes insipidus.

Historya choroby: Od 9 tygodni silne pragnienie, brak apetytu, nudności na czczo, oraz wymioty, które trwają trzy tygodnie; chory oddaje mocz często, prawie co godzinę, ogółem do sześciu litrów na dobę; w nocy również kilka razy; stolec prawidłowy. Chory czuje się osłabiony, ma sen upośledzony oraz kołatanie serca.

Wynik badania: Wzrost 172, ciężar ciała 80 kg., odżywienie i budowa kości prawidłowe; czaszka bez zmian. Źrenice równe, prawidłowo oddziałują. Gruczoł tarczowy nie powiększony. Tętno miarowe, dobrze napięte, 75. R. R 140. Narządy wewnętrzne bez zmian. Odczyn Wassermanna ujemny. Obraz krwi: c. b. 12.000; c. cz. 5.800.000, Hb 116%; I=1. Limfocytów 17%, neutrochł. 69% eozynochł. 7%, tucznych 2%, jednojądrz. 4%, przejść. 1%. Chory oddaje moczu 3—4 litrów na dobę; mocz bez białka i cukru. Ograniczenie ilości płynów nawet do 1 litra na dobę nie zmniejsza ilości moczu, ani też nie wpływa na wydzielanie soli kuchennej, które utrzymuje się w granicach od 34—40 gr NaCl na dobę. Dodatek soli kuchennej do pokarmów nie wpływa również na ilość moczu, ani na ilość wydzielanej soli.

Cukromocz pokarmowy (100 dekstr.) ujemny; cukromocz pokarmowy adrenalinowy (1 miligr. adrenaliny) dodatni: cukier wydziela się po 1½ godziny w ilości 1·3%, wydzielanie trwa 4 godziny.

Wydzielanie U:

Tab. 8.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
3040	1.010	21.535	0.5130	bezpurynowa
3780	1.010	20.268	0.5358	»
3100	1.007	16.405	0.4417	»
3940	1.006	20.129	**0.6796**	20 gr nuklein. sodu
3860	1.007	19.130	0.5601	bezpurynowa
4260	1.007	18.673	0.5591	»
3260	1.010	18.241	0.5728	»

W przypadku tym stwierdzamy ilość moczu na dobę 3 do 4 litrów (przy trzech litrach płynów pobieranych); ciężar właściwy nizki; ilości N duże; wydzielanie U endogenicznego nieco większe niż prawidłowo, po 20 gr ciał nukleinowych ilość U egzogenicznego nieznacznie zwiększona, wydzielanie jego jest szybkie, nie przeciągające się.

IX. [1]) M. S. lat 14. L. dz. 59. Chondro-dystrophia foetalis.

Historya choroby: Od matki, która przyprowadziła chorego do kliniki, skarżąc się, że syn jej nie rośnie, dowiadujemy się co następuje: Matka odbyła 14 porodów, z czego 6 dzieci żyje zdrowych, 8 umarło w różnym wieku, między innemi chorobami i na gruźlicę; chory jest trzynastem dzieckiem z rzędu; z rodzeństwa chorego wszyscy zdrowi i prawidłowego wzrostu. Chory po urodzeniu miał wzrost i wagę prawidłową, chował się dobrze; w 1½ r. życia zaczął chodzić; w tym czasie chorował na »spazmy« przez miesiąc; od tego czasu jest słaby, i nogi zaczęły mu się krzywić; urósł też niewiele. Dolegliwości poza bólami w nogach przy chodzeniu chory nie odczuwa żadnych.

Wynik badania: Wzrost 106 cm., ciężar ciała 23·5 kg. Chory odpowiada wzrostem 6-letniemu dziecku, ciężarem zaś 9-letniemu. Wzrost karli, mięśnie wiotkie, tkanka tłuszczowa miernie rozwinięta, skóra bez zmian. Kościec: czaszka duża, kształtu kwadratowego z silnie zaznaczonymi guzami ciemieniowymi; kończyny górne w lekkiem położeniu nawrotnem (pronatio); nasady kości długich zgrubiałe, niebolesne; kończyny dolne ustawione w formie kolan koślawych (genua valga); lewe kolano wyżej ustawione, niż prawe; goleń prawa zwrócona ku przodowi i na zewnątrz; rzepka prawa ułożona na zewnętrznej stronie stawu kolanowego, stopy łopatowate, płaskie. Klatka piersiowa od 5. do 9. żebra po obu stronach zapadnięta, mostek w dolnej części rynienkowato zagłębiony; kręgosłup w części lędźwiowej lekko na prawo skrzywiony. Rentgenogramów kości, przedstawiających obraz zaburzeń wzrostu kości, właściwych dla chondrodystrofii nie opisuję z powodów wyżej wymienionych. Gałki oczne prawidłowe, źrenice równe, oddziałujące; nos siodełkowaty; zęby nierówne, szeroko osadzone, szkliwo chropawe. Szyja krótka, gruba; gruczoł tarczowy wyczuwalny, niepowiększony. Tętno prawidłowe 84. R. R. 88. Narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz bez białka i cukru.

Jądra małe, wielkości fasoli, łatwo do jamy brzusznej przesuwalne; owłosienia pod pachami i na wzgórku łonowym brak.

Inteligencya chorego nie upośledzona; chory pisze i czyta, uczył się dobrze.

Obraz krwi: c. b. 8.400, c. cz. 4.000.000, Hb 70%, wskaźnik 0.8. Limfocytów 35%, neutrochł. 52%, eozynochł. 10%, przejść. 1¼, tucznych 1%, jednojądrz. 1%. Cukromocz pokarmowy (100 gr. dekstr.) ujemny; cukromocz adrenalinowy (inj. 0.00075 adrenaliny) dodatni: cukier wydziela się już po 1 godzinie; wydzielanie trwa 10 godzin.

Wydzielanie U:

Tab. 9.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
460	1.022	0.420	0.1451	bezpurynowa
530	1.023	7.872	0.1860	»
800	1.020	9.699	0.2530	»
700	1.020	9.045	0.5773	»
1300	1.015	11.593	**0.6381**	20 gr nuklein. sodu
1200	1.015	10.584	**0.3195**	bezpurynowa
1110	1.017	10.567	**0.3171**	»
1340	1.013	9.830	0.2878	»
1400	1.012	9.133	0.2651	»

W przypadku tym ilości U endogenicznego są małe (prawdopodobnie prawidłowe do tego osobnika); wydzielanie zaś U egzogenicznego dość silne, lecz trwające 3 dni. Widzimy równocześnie, iż podanie ciał purynowych zwiększa tak ilość moczu, jakoteż i azotu.

Zbierając wyniki badań, zauważyć muszę, że we wszystkich badanych przypadkach wydzielanie U ulega mniejszym lub większym zaburzeniom. I tak co się tyczy owych nieprawidłowości, możnaby przypadki te podzielić na cztery grupy: jedne, w których wydzielanie U endogenicznego jest mniejsze, niż prawidłowo. wydzielanie zaś U egzogenicznego przeciąga się; do tych zaliczam przyp. I (Basedow) i VII (dystr. adip.-genit.); drugie takie, w których U endogeniczny jest prawidłowy, lecz wydzielanie U egzogenicznego przeciąga się; tych jest najwięcej, mianowicie przyp. III, IV, V (Basedow) i IX (chondrodystrophia); trzecie takie, w których U endogeniczny jest mały, wydzielanie zaś U egzogenicznego prawidłowe (przyp II — Basedow i VI — Addison), wreszcie te, gdzie tak U endogeniczny, jak i egzogeniczny jest prawidłowy (przyp. XIII — diabetes insipidus). Z tego widzimy, że najbardziej prawi-

[1]) Przypadek ten ciekawy nadaje się do oddzielnego opracowania; przedstawiam go zatem na tem miejscu pobieżnie, pomijając szczegółowy wynik badania.

dłowe wydzielanie U zachodziłoby w przypadku moczówki prostej, choć i tu nie jest ono zupełnie bez zarzutu.

W przypadkach choroby Basedowa, których jest przecież kilka, nie można stwierdzić jednolitości w zaburzeniu wydzielania U.

Jednem słowem nie można na podstawie powyższego mego materyału, który jest skąpy, dość luźny, oraz niejednolity, postawić jakichkolwiek zasad w zaburzeniu wydzielania U w chorobach narządów o wewnętrznem wydzielaniu; tem mniej nie da się powiedzieć, czy można wogóle przypisać jakieś znaczenie w regulowaniu wydzielania U hormonom gruczołowym. Badania dalsze w tym kierunku są pożądane i nie bez widoków natury nietylko czysto teoretycznej.

II.

W niniejszej pracy podaję równocześnie wynik badań moich nad wpływem wyciągów niektórych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na wydzielanie kwasu moczowego w wyżej opisanych przypadkach. Chorym poprzednim, po zbadaniu wydzielania U w prawidłowych warunkach, podawałem częścią w celach doświadczalnych, częścią i w leczniczych, wyciągi niektórych gruczołów. Chodziło mianowicie o stwierdzenie, czy wyciągi te mają jakikolwiek wpływ na wydzielanie U w ustroju ludzkim; gdyby bowiem dał się stwierdzić jakiś wpływ na to wydzielanie, możnaby przez to wglądnąć dokładniej w rolę i znaczenie hormonów dla przemiany ciał purynowych.

Wyciągi, jakie stosowałem, były to przetwory fabryczne gruczołów następujących: grasicy (tymina), tarczycy (tyreoidyna), jajników (owaryna), nadnerczy (adrenalina), oraz przysadki mózgowej (hipofizyna i pituitryna).

Pierwsze cztery podawano wewnętrznie w formie pastylek, hipofizynę zaś i pituitrynę wewnętrznie i w postaci wstrzykiwań podskórnych równocześnie. Przetwory pastylkowe pochodziły z firmy angielskiej Borrough-Wellcome, hipofizyna do wstrzykiwań podskórnych z fabryki Lucius Brünning, hipofizyna do użytku wewnętrznego z fabryki Mercka, a pituitryna do wstrzykiwań z fabryki Parke Davis.

Tyminę podawałem w 4 przypadkach choroby Basedowa, (przyp. I, II, III, IV.), tyreoidynę w chondrodystrofii (przyp. IX) i dyst. adip.-genit. (przyp. VII), owarynę w dwu przypadkach choroby Basedowa (przyp. I, II.), adrenalinę w przypadkach choroby Addisona (przyp. VI), hipofizynę i pituitrynę w przypadkach dystr. adip. genit. (przyp. VII.) i chondrodystrofii (przyp. IX)

Dawki stosowane były z początku małe, następnie zwiększano je stopniowo do dawek wysokich; podawałem je stale przez czas długi, trwający do jednego miesiąca, zanim przystąpiłem do badań chemicznych, tak, że badany pozostawał stale pod działaniem danego przetworu, a w czasie badania pobierał dawki największe.

Technika i warunki badania tesame, jak poprzednio Historye chorób podałem poprzednio.

Tymina.

I. M. Basedow.

20 dni przed badaniem oraz w czasie badania chora zażywała po 6 pastylek tyminy dziennie.

Wydzielanie U:

Tab 10.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
520	1.020	4.149	0.2163	bezpurynowa
350	1.030	5.478	0.2546	»
560	1.027	7.510	0.3729	»
580	1.027	6.723	0.3371	»
500	1.025	5.544	**0.4012**	20 gr nuklein. sodu
510	1.025	4.753	**0.4303**	bezpurynowa
490	1.022	4.459	0.2388	»
520	1.022	5.023	0.2632	»

Porównując cyfry te z cyframi tablicy I widzimy, że wydzielanie U endogenicznego nie ulega zmianom, U zaś egzogenicznego jest niewiele większe.

Co się tyczy N, ilości pozostają tesame, bardzo nizkie, co tembardziej uderza, że w chorobie Basedowa zazwyczaj wydziela ustrój duże ilości azotu.

II. M. Basedowi.

27 dni przed badaniem oraz w czasie badania 6 pastylek dziennie.

Wydzielanie U:

Tab. 11.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1160	1.010	6.983	0.1957	bezpurynowa
1050	1.010	6.673	0.2071	»
1100	1.011	8.115	0.2021	»
1140	1.011	8.303	**0.4980**	20 gr nuklein. sodu
1110	1.010	7.241	0.2310	bezpurynowa
1320	1.010	7.854	0.1673	»
1240	1.010	7.794	0.1920	»

W przypadku tym stwierdzamy brak wszelkiego wpływu tyminy na wydzielanie U (por. tab. 2.).

III. M. Basedowi. Addisonoid.

34 dni przed badaniem U chory pobierał tygodniowo tyminę od 3 pastylek począwszy dziennie, co 3 dni o 2 więcej do 10; w ciągu badania zażywał 10 pastylek dziennie.

Wydzielanie U:

Tab 12.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1200	1.017	12.045	0.4725	bezpurynowa
1010	1.018	12.938	0.4128	»
920	1.020	12.063	0.3864	»
1280	1.017	14.575	**0.6192**	20 gr nuklein. sodu
1160	1.017	11.546	0.3958	bezpurynowa
1040	1.019	12.579	0.4719	»
1170	1.019	13.985	0.4616	»

W przypadku tym nie stwierdzamy również żadnego wpływu tyminy na wydzielanie U (por. tab. 3).

IV. M. Basedowi.

Przez 27 dni podawano stopniowo tyminę od 3 do 10 pastylek dziennie; w czasie tym musiano po tygodniu zmniejszyć dawkę z powodu pogorszenia się objawów (bicie serca, drżenie, poty), poczem powoli znów zaczęto zwiększać dawki do 10 pastylek dziennie, tym razem już bez następstw.

Wydzielanie U:

Tab 13.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1030	1.022	11.795	0.3476	bezpurynowa
980	1.024	13.349	0.2910	«
980	1.023	14.131	0.2944	«
900	1.022	13.734	**0.5892**	20 gr nuklein. sodu
760	1.024	12.065	**0.4674**	bezpurynowa
990	1.022	13.471	0.3155	»
970	1.021	11.026	0.3237	»

W przypadku tym nie stwierdzamy, podobnie jak i w poprzednich, żadnego wpływu tyminy na wydzielanie U. (por. tab. 4.).

Zbierając powyższe wyniki badań, dochodzimy do wniosku, że tymina na ogół nie wpływa na wydzielanie tak

U endogenicznego, jakoteż U egzogenicznego, t. j. ani go nie zwiększa, ani nie zmniejsza; zmian w wydzielaniu N również nie zauważono.

Owaryna.

I. M. Basedowi.

Przez 2 miesiące przed badaniem U zażywała chora owarynę po 6—10 pastylek dziennie. Dodatkowo wspomnę, że owaryna w przypadku tym działała bardzo dobrze leczniczo.

Wydzielanie U w pierwszym miesiącu pobierania owaryny:

Tab. 14 a.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
750	1.011	3 360	0.2627	bezpurynowa
1070	1.007	3.715	0.2487	»
710	1.011	3.349	0 2714	»
810	1.015	3.719	**0 6257**	20 gr nuklein. sodu
1480	1.007	3.418	**0 4445**	bezpurynowa
1240	1.010	3 298	**0.3255**	»
1100	1.007	2.772	0.2450	»

Powtórzenie badania wydzielania U w drugim miesiącu zażywania owaryny u tej samej chorej dało wynik następujący:

Tab. 14 b.

Ilość	Cięż. gat	N. gr.	U. gr.	dyeta
700	1.009	2.077	0.2852	bezpurynowa
990	1.005	2.231	0.2524	»
1030	1.006	2.307	0.2356	»
1240	1.004	2.065	0.2269	»
640	1.008	2.705	**0.4060**	20 gr nuklein. sodu
1100	1.007	3.449	**0 5348**	bezpurynowa
690	1.007	2.472	0.2388	»
360	1.015	2.913	0.2740	»
370	0.016	3.263	0 2934	»

Z badania powyższego widzimy, że wydzielanie U uległo zmianom pod wpływem owaryny; mianowicie wydzielanie U egzogenicznego zwiększa się, dosięga bowiem ilości 0.62 gr., gdy w prawidłowych warunkach wynosiło zaledwie połowę (0. 31—0.33); wydzielanie jego przeciąga się, jak poprzednio U endogeniczny nie ulega zmianom (por. tab. 1.). Co się tyczy N, stwierdzamy niezwykle małe ilości (2—4 gr.); wprawdzie nie były one i w prawidłowych warunkach w przypadku tym duże (5–6 gr.), lecz obecnie są uderzająco nizkie. Zauważyć muszę przytem, że chora opuściła klinikę z przybytkiem 4 kg. wagi ciała.

II. M. Basedowi.

Przez 30 dni przed badaniem oraz w czasie badania 6 pastylek owaryny dziennie.

Wydzielanie U:

Tab. 15.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr	U. gr.	dyeta
1030	1.012	7.931	0.3105	bezpurynowa
1200	1.010	7.100	0.2430	»
1200	1.010	6.350	0.2475	»
1440	1.010	7.130	**0.5130**	20 gr nuklein. sodu
1280	1 010	7.795	**0.3609**	bezpurynowa
1200	1.011	7.056	0.2925	»
1480	1.011	9.828	0.2809	»
1660	1.011	10.800	0.3335	»

W przypadku tym nie zauważamy wpływu owaryny na wydzielanie U. Co do N, byłbym skłonny przypuścić, że ilości jego obecnie zwiększyły się, wynik zatem przeciwny, niż w przypadku poprzednim. Nie można więc wobec sprzecznych wyników przypisywać owarynie jakiegoś wpływu na wydzielanie N. (por. tab. 2.).

Ogólnie powiemy zatem, że owaryna nie wpływa wybitnie na wydzielanie U; w jednym przypadku tylko można było zauważyć zwiększenie U egzogenicznego, lecz trudno określić, czy wpływ w tym kierunku jest istotny. Co do wpływu na wydzielanie N, omówiłem go przy poszczególnych przypadkach.

Tyreoidyna.

VII. Dystrophia adiposo-genitalis.

Przez 45 dni podawano od 1 do 4 pastylek dziennie, zwiększając dawkę w okresach tygodniowych; w czasie pobierania tyreoidyny pojawiły się przejściowe, dwa dni trwające biegunki.

Wydzielanie U:

Tab. 16.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1080	1.019	12.096	0.4321	bezpurynowa
1360	1.019	12.185	0.4080	»
1360	1.019	11.409	0.4314	»
1430	1.020	13.833	**0.8151**	20 gr nuklein. sodu
1030	1.021	12.009	0.4529	bezpurynowa
1400	1.020	14 425	0.4567	»
1180	1.021	12.803	0.3849	»
1120	1.020	12.967	0.3708	»

W przypadku tym widzimy, że wydzielanie U egzogenicznego znacznie (o 30%) się zwiększyło; również i ilości U endogenicznego, zwłaszcza w okresie wstępnym, są większe. Wydzielanie N wzmogło się także i stało się bardziej jednostajne (por. tab. 7).

IX. Chondrodystrophia.

Przez dwa miesiące przed badaniem podawano tyreoidynę od 1 do 4 pastylek dziennie; dawki zwiększano tygodniowo.

Wydzielanie U:

Tab. 17.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1000	1.014	9.856	0.2662	bezpurynowa
1560	1.010	9.413	0.2844	»
1000	1.015	9.002	0.3329	»
1360	1.013	9.786	0.3340	»
1360	1.013	0.976	**0.9394**	20 gr nuklein. sodu
1160	1.010	—	0.2175	bezpurynowa
1510	1.010	10.108	0.2900	»
1350	1.012	9.431	0.2743	»
1330	1.010	7.410	0.2074	»

W przypadku tym otrzymuje się ten sam wynik, co w poprzednim: U egzogeniczny silnie wzmożony, U endogeniczny w okresie wstępnym większy; tylko N pozostaje bez zmian (por. tab. 9.).

Zbierając zatem wyniki powiemy, że tyreoidyna zwiększa w znaczniejszym stopniu wydzielanie U egzogenicznego, w mniejszym zaś U endogenicznego. Wpływ na wydzielanie N jest niewyraźny.

Suprarenina.

VI. M. Addisoni.

Przez 33 dni przed badaniem podano od 3 pastylek suprareniny dziennie począwszy, co 3 dni o jedną więcej do 8 dziennie.

Wydzielanie U:

Tab. 18.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
760	1.016	7.054	0.1898	bozpurynowa
1000	1.015	8.176	0.2801	»
1080	1.014	5.685	0.3171	»
1350	1.012	8.278	**0.6469**	20 gr nuklein. sodu
1020	1.011	7.497	0.2654	bezpurynowa
1280	1.011	8.995	0.1856	«
1140	1.011	8.909	0.2436	»

Suprarenina w przypadku tym zwiększa w nieznaoznym stopniu wydzielanie U egzogenicznego (por. tab. 6).

Hipofizyna.

IX. Chondrodystrophia.

W ciągu 20 dni przed badaniem otrzymał chory 10 wstrzyknięć podskórnych hipofizyny (co drugi dzień); w czasie badania otrzymał przez dwa dni codzień po jednem, a przez 6 dni następnych po 2 wstrzyknięcia dziennie. 1 cm³ hipofizyny w rozczynie 1:1000 odpowiadać ma 0.2 gr świeżego gruczołu.

Wydzielanie U:

Tab. 19.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1600	1.010	7.414	0.2880	bezpueynowa
1280	1.008	5.080	0.2187	»
1720	1.006	7.561	0.2364	»
1890	1.005	8.573	**0.5457**	20 gr nuklein. sodu
1380	1.009	6.182	**0.3249**	bezpurynowa
1050	1.010	6.056	**0.3150**	»
1140	1.010	6.065	0.2612	»
800	1.015	6.512	0.2790	«

Wydzielanie U pod wpływem hipofizyny nie ulega żadnym zmianom (por. tab. 9.).

Pituitryna + hipofizyna.

VII. Dystrophia adiposo-genitalis.

Przez miesiąc przed badaniem zażywała chora wewnętrznie hipofizynę od 3 do 6 pastylek dziennie, równocześnie otrzymywała co drugi dzień wstrzyknięcie pituitryny (0·5 cm³); tydzień przed badaniem oraz w czasie badania U codziennie po 0·5 cm³ pituitryny podskórnie oraz 6 pastylek hipofizyny wewnętrznie.

Wydzielanie U:

Tab. 20.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1160	1.014	8.263	0.3014	bezpurynowa
1120	1.017	8.592	0.4120	»
760	1.020	6.650	0.3257	»
990	1.018	9.355	**0.8219**	20 gr nuklein sodu
1000	1.016	9.688	0.4350	bezpurynowa
1040	1.020	11.094	0.4525	»
1040	1.021	13.185	0.4492	»
1200	1.020	11.652	0.4594	»

W przypadku tym stwierdzamy wzmożone wydzielanie U egzogenicznego; również ilości U endogenicznego w okresie końcowym są nieco większe, niż w warunkach prawidłowych (por. tab. 7).

Zbierając w ogólności wyniki powyższych badań, dochodzę do wniosku, że wyciągi gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, które przy badaniach wydzielania U uwzględniałem, nie wywierają na ogół wybitnego wpływu na to wydzielanie. Pod wpływem niektórych, jak owaryny, tyreoidyny i pituitryny, daje się zauważyć pewne wzmożenie wydzielania U egzogenicznego, w jednych przypadkach o 30%, w innych o 50%, lecz na podstawie mego skąpego materyału wpływu istotnego nie da się ustalić, jakoteż nie można wysnuwać stąd daleko idących wniosków.

W piśmiennictwie ostatniej doby znajdujemy wzmianki o wpływie pewnych wyciągów gruczołowych na wydzielanie U. Doświadczenia wykonywano na psach, a badania przeprowadzano nad allantoiną. I tak Falta (Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther. 1914) stwierdził pod wpływem adrenaliny wzmożone wydzielanie allantoiny. Fleischman na zjeździe wiesbadeńskim w r. 1914 przytoczył wyniki swych badań nad allantoiną u psów pod wpływem pituitryny, adrenaliny i jodotyryny. Pituitryna według niego ma zmniejszać wydzielanie allantoiny w znacznym stopniu, adrenalina zaś zwiększać je, jodotyryna wreszcie z początku tylko podawania zwiększa wydzielanie, później pozostaje bez wpływu.

Badań nad wydzielaniem U w takich warunkach u ludzi nie przeprowadzano jeszcze dotąd; o ile mi wiadomo, badaniami temi zajmuje się obecnie Prof. Falta (w klinice wiedeńskiej Prof. Wenckebacha), wyników jednak dotychczas nie podał.

O zapaleniu ziarnistem spojówki.

Podał

Dr Maryan Szafnicki,

c. k. starszy lekarz szpitala jagliczego w Sternbergu Morawskim.

(Dokończenie).

Pierwszy okres jaglicy, okres silnego przekrwienia spojówki i obfitej wydzieliny śluzoworopnej, okres ostrej jaglicy, nie przedstawia nic dla niej charakterystycznego. Taksamo klinicznie wygląda każdy inny ostry nieżyt spojówki, czy bakteryologicznego, czy chemicznego, czy też wreszcie mechanicznego pochodzenia. Prątki Koch-Weeksa, pneumokoki, dwoinki Neissera w pewnym okresie, ości zbożowe, pył uliczny, włoski owadów, tabaka do zażywania, wreszcie różne substancye, często nieznane bliżej, a zapuszczane w celu wywołania sztucznego zapalenia, wszystkie te środki wywołują podobne zmiany, jak jaglica w tym, przez wielu nie uznawanym, pierwszym okresie. Dlatego to nawet wielu autorów przestrzega przed rozpoznawaniem ostrej jaglicy, zanim poznamy prawdziwą podstawę bakteryologiczną tego cierpienia.

W następnym okresie pojawiają się charakterystyczne ziarna, jagiełki. Ale, czy są one rzeczywiście tylko tego cierpienia cechą? Postaram się zaraz uzasadnić, że tak nie jest.

Atropina, ezeryna, stężone rozczyny soli miedziowych wywołują wytworzenie się takichże ziarn, jagiełek. Przy zapaleniu mieszkowem spotykamy je również. Co tutaj wywołuje ich powstawanie, trudno orzec, bo etyologii tego cierpienia jeszcze całkowicie nie znamy. Jeżeli zwrócimy uwagę, że choroba ta wybucha czasami endemicznie w zamkniętych zakładach wśród dzieci, i to nie odrazu równocześnie, to w takich przypadkach należy podejrzewać przyczynę bakteryjną. Ale kiedyindziej zjawia się tasama choroba sporadycznie, zwłaszcza u osób, przebywających dłuższy czas w źle przewietrzanych lokalach, długo pracujących przy sztucznem, często niedostatecznem oświetleniu; w takich przypadkach należałoby przyjąć za przyczynę raczej czynnik mechaniczny lub chemiczny. A więc spotykamy się tutaj z całkiem tymsamym obrazem klinicznym, chociaż etyologia bezsprzecznie jest inna; co ciekawsze: raz

zapalenie mieszkowe może być zaraźliwe (u dzieci), to znów nie. Jagiełki mogą się wytworzyć w przebiegu cięższych postaci zapalenia spojówki, wywołanego przez pneumokoki, a więc tu znów jest przyczyna bakteryjna. Pozostawiona część ości zbożowej daje powód do silnego wytwarzania się jagiełek; tu znów przyczyna mechaniczna. A wreszcie gruźlica w początkowych okresach również daje obraz, podobny do jaglicy.

Przykładów tych wystarczy na dowód, że jagiełki nie stanowią charakterystycznej cechy jaglicy; nie stanowi jej też ani ich usadowienie, ani wielkość lub ilość.

Te ziarna, jagiełki, był to dotychczas jeden z najważniejszych objawów klinicznych tej choroby, od którego nawet powstała jej nazwa polska — jaglica. Cóż właściwie przedstawiają te jagiełki? Mikroskop wykazuje, że ziarno czyli jagiełka, bez względu na to, z jakiej spojówki jest wzięte, przedstawia twór o mniej więcej wyraźnych granicach, okrągły, składający się z wielkiej ilości limfocytów, tworzących zewnętrzne warstwy; dalej ku środkowi spotykamy komórki większe, przypominające komórki nabłonkowate, nieliczne leukocyty wielojądrzaste, a pomiędzy tem wszystkiem — komórki wielopostaciowe, najczęściej z długiemi wypustkami, zawierające różne resztki komórek, ciałek krwi i t. p. (Villard nazywa je fagocytami); poza tem, choć rzadko, spotykamy tu twory olbrzymie. (Obraz histologiczny jagiełki przedstawiłem według Römera). Budowa histologiczna jagiełki przypomina więc nieco twory, powstające przy innych chorobach zakaźnych: gruźlicy, kile lub trądzie. To wiedzie nas do przypuszczenia, że, jeśli odczyn ustroju jest podobny, to i pomiędzy czynnikami, wywołującymi go, może zachodzić jakieś pokrewieństwo. W ten sposób na podstawie tego jednego szczegółu dochodzilibyśmy do wniosku, że jaglica musi być chorobą zakaźną. Twierdzeniu temu można zarzucić, że są inne bezsprzecznie niezakaźne zmiany spojówki (po atropinie), gdzie również występują jagiełki, a więc należałoby takie stany również uważać za zakaźne. Okoliczność jednak, że przy zakaźnych chorobach spotykamy twory, podobne do jagiełek, nie wyklucza, by i przy innych stanach one nie mogły powstawać. Gdy na spojówkę dostaje się jakiś czynnik szkodliwy, to bez względu na rodzaj (a więc: czy to ciało obce obojętne (nierozpuszczalne we łzach), czy jaki środek żrący, czy też jakiś drobnoustrój), pobudza on tkankę do odczynu niejako obronnego. Spostrzegamy, jako pierwszy objaw, silne łzawienie i przekrwienie spojówki; czasami wystarcza, by szkodliwy czynnik został usunięty. Częściej jednak to nie wystarcza, a wtedy ustrój chwyta się energiczniejszych środków: spostrzegamy początkowo śluzową, a następnie ropną wydzielinę, jako widomy znak, że w zagrożone miejsce zdążają czynniki ochronne, białe ciałka krwi; ta pomoc okazuje się już znacznie skuteczniejsza, czego dowód widzimy w przebiegu różnych ostrych zapaleń spojówki. Wreszcie zdarzają się takie przypadki, że i to nie pomaga, a wtedy ustrój zdobywa się na inny środek: obok białych ciałek krwi, że się tak wyrażę, mobilizuje jeszcze komórki nabłonkowate, fagocyty, twory olbrzymie i t d., jednem słowem powstają jagiełki. I teraz zaczyna się długie zmaganie (przejście jaglicy w stan przewlekły). Walka trwa nieraz latami; jagiełki utrzymuje ustrój długo w pełnej sile, żyworóżowe, aż wkończu poczynają one zanikać, wytwarzają się smugi tkanki łącznej, przyczem należy przypuszczać, że znajdujący się wewnątrz jagiełki zarazek wreszcie został pokonany, a ziarna ulegają teraz zwykłym, ogólnie znanym, zmianom wstecznym. Takby się sprawa przedstawiała w prawdziwych ziarnach jagliczych.

Podobnie ma się rzecz w przypadkach innych schorzeń spojówki pochodzenia bakteryjnego, jak endemiczne zapalenie mieszkowe, zapalenie, wywołane przez pneumokoki. Łatwo też zrozumieć wobec mego przypuszczenia powstawanie jagiełek pod wpływem czynników innego pochodzenia. W tych przypadkach jagiełki mają za zadanie otoczyć ogniska szkodliwe i usunąć w ten sposób ich drażniący wpływ na otoczenie. Należy przypuszczać, że w takich razach jagiełki, pozostawione same sobie, nie będą miały tendencyi do zanikania, boć trudno im przypisać własność zobojętniania różnych substancyi chemicznych; raczej można przypuszczać, że jakieś ciało obce, pozostawione dłuższy czas w worku spojówkowym (co jednak tylko dawniej często się zdarzało, zwłaszcza u ludu), wywołując początkowo powstanie jagiełek, wywoływaćby mogło następnie rozwój tkanki łącznej, która, otaczając ciało obce, w ten sposób, choć niezupełny, usuwałaby jego działanie na spojówkę.

Od tych moich przypuszczeń o powstawaniu i roli jagiełki już blizka droga do myśli o nowym obrazie chorobowym, o nowym typie zapalenia spojówki, którego najważniejszą cechą są ziarna czyli jagiełki. Zapalenie to może być wywołane różnymi czynnikami, o czem nam powiedzą wywiady lub badanie bakteryologiczne. Zapalenie to ma przebieg przewlekły i jest jakoby wyższym stopniem zapalenia nieżytowego. O dalszych objawach tego zapalenia, którebym nazwał, w odróżnieniu od jaglicy, — zapaleniem ziarnistem, wspomnę niżej, a teraz przejdę do rozpatrzenia dalszych zmian, wywoływanych przez jaglicę.

Prócz ziarn powstają czasami w drugim okresie jaglicy brodawki. Mają one budowę histologiczną zbliżoną do jagiełek, tylko zbiór komórek nie jest tak regularny i obfity. Rozwijają się głównie na tych miejscach spojówki, gdzie dla braku warunków anatomicznych jagiełki rozwinąć się nie mogą, a więc głównie na spojówce chrząstki; jeśli się zaś czasami zdarza, że powstają one na spojówce załamka, to wtedy napewno w głębszych warstwach pod niemi można wykazać obecność jagiełek. Brodawki te, jak to już wspominałem wyżej, nie przedstawiają nic charakterystycznego dla jaglicy; znacznie częściej spotykamy je przy zwykłych przewlekłych nieżytach spojówki, a brodawki jaglicze różnią się od nich jedynie silniejszym rozwojem.

Następny objaw, opadnięcie powieki górnej, różnie bywa tłómaczony. Jedni autorowie twierdzą, że jest on skutkiem ciężkości powieki, pokrytej licznemi ziarnami jagliczemi, inni upatrują pewien szkodliwy wpływ na mięsień, unoszący powiekę górną. Z tego co autorowie mówią o tym objawie, widać jasno, że etyologia jagiełek nie odgrywa tu żadnej roli, a tylko właściwości samego ziarna. Dowód tego miałem w swojej rodzinie, gdzie rodzice spostrzegli u jednej córki stale zwiększające się opadnięcie powieki górnej na obu oczach; gdy po kilku latach trwania objaw ten począł przeszkadzać w patrzeniu, zwrócono się do specyalisty, który rozpoznał ciężką postać jaglicy i zarządził wszelkie ostrożności w obawie, by choroba nie przeniosła się na resztę rodzeństwa. Równoczesne badanie innych członków rodziny u nikogo jaglicy nie wykazało. Może więc było to również niezaraźliwe ziarniste zapalenie spojówki.

Objaw, o którym teraz z kolei należy wspomnieć, ma już wybitną cechę jagliczą: jest to łuszczka (pannus). Żadna inna choroba nie daje powodu do wytworzenia się podobnej, tak charakterystycznie od góry na rogówkę zachodzącej zmiany, i choć postacie łuszczki bywają najróżnorodniejsze, to jednak najgłówniejsza jej cecha — siedziba, pozostaje zawsze ta sama.

Przechodzę do najpóźniejszych objawów: rozwoju tkanki łącznej na spojówce i zeschnięcia (xerosis). Dotychczas uważano za cechę zapalenia jagliczego, że tylko ono może po sobie zostawiać blizny. Jeżeli jednak przypuścimy, że t. zw. blizny spojówki są zmianą wsteczną po silnie rozwiniętych jagiełkach, to należy przyjąć, że każde zapalenie, połączone z wytwarzaniem się jagiełek w większej ilości, da powód do rozwoju następowego tkanki łącznej. Zeschnięcie rogówki i spojówki, na szczęście bardzo rzadko obecnie spotykane, jest następstwem zaniku spojówki, czasami i gruczołów łzowych, nic charakterystycznego dla ja-

glicy nie przedstawia i może się zdarzać przy innych cierpieniach spojówki, np. pęcherzycy (pemphigus).

Rozpatrzywszy wszystkie objawy choroby, dotychczas za jaglicę uważanej, chciałbym jeszcze raz zwrócić uwagę na moje przypuszczenie co do nowej postaci zapalenia ziarnistego. Określiłbym je w następujący sposób:

Zapalenie ziarniste jest to szczególny rodzaj zapalenia spojówki, silniejszy od zapalenia nieżytowego, o przebiegu przewlekłym, charakteryzujące się powstawaniem ziarn różnej wielkości na różnych częściach spojówki, obustronnie lub tylko na jednem oku. Jest ono odczynem ustroju na różne wpływy szkodliwe, a więc: bakteryjne, chemiczne, termiczne lub mechaniczne. Zapalenie to, odpowiednio do przyczyny wywołującej, może być zaraźliwe lub też nie; w pierwszym przypadku zajmuje albo równocześnie albo w przeciągu krótkiego czasu oba oczy, w drugim, powstawszy na jednem tylko oku, na drugie się nie przenosi; może również jako niezaraźliwe powstać na obu oczach, gdy powód wywołujący, pochodzenia nie bakteryjnego, zadziałał równocześnie obustronnie. Zapalenie to po dłuższem trwaniu może minąć bez śladu, lub też w tych miejscach, gdzie były w większej ilości ziarna, następuje rozrost tkanki łącznej. W przypadkach bardzo silnego rozwoju ziarn, zwłaszcza na powiece górnej, może powstać opadnięcie powieki. Leczyć to cierpienie należy odpowiednio do etyologii, a tylko bezwzględnie zakaźne przypadki traktować tak, jak dotychczas jaglicę.

A cóż właściwie należy uważać za jaglicę, za to niebezpieczne zapalenie egipskie? Wobec mojego przypuszczenia o zapaleniu ziarnistem, musieliśmy w następujący sposób określić jaglicę:

Jaglica jest to przewlekłe cierpienie zakaźne, początkowo spojówkowe, jedna z najcięższych postaci zapalenia ziarnistego, wybuchające zawsze na obu oczach w równej sile, albo równocześnie, albo w przerwie kilkudniowej (rzadko kiedy później), połączone ze słabszem lub silniejszem ropieniem. Sprawa ta, nie leczona, wiedzie zawsze do zajęcia rogówki i po samozagojeniu pozostawia na spojówkach silny rozrost tkanki łącznej z różnemi jego następstwami, zależnemi od słabszego lub silniejszego rozwoju tej tkanki. Cierpienie to leczone, w zasadzie nie powinno zająć rogówki, a przerost tkanki łącznej bywa zazwyczaj tak nieznaczny, że nie wywołuje żadnych poważniejszych następstw. Co więcej, gdy zaczniemy leczenie we wczesnym okresie choroby, kiedy ziarna nie zdążyły się jeszcze w wielkiej ilości i w głębszych warstwach wytworzyć, to możemy w takich razach nie mieć żadnych następowych zmian na spojówce. Opadnięcie powieki górnej, które spotykamy zwłaszcza w przypadkach nieleczonych lub zapóźno leczonych, zależneby było od większej ilości i głębszego usadowienia się ziarn. W ciężkich przypadkach, gdzie nawet najstaranniejsze leczenie pozostaje bez widocznego skutku, należy przypuszczać jakieś powikłane zakażenie.

Zachodzi teraz pytanie, kiedy mamy prawo rozpoznawać jaglicę? Ze względu na moje powyższe przypuszczenia sądzę, że możemy rozpoznawać z daleko większem niż dotychczas prawdopodobieństwem jaglicę wtedy, gdy się przekonamy, że dany przypadek zapalenia ziarnistego obuocznego nie jest sporadyczny, że w otoczeniu chorego stwierdza się podobne przypadki, przyczem mogą one być cięższe, coby świadczyło za dłuższem ich trwaniem: jeśliby zaś w otoczeniu były lżejsze przypadki, niż ten, który się do nas zgłosił, to w takim razie musielibyśmy przypuścić, że nasz przypadek jest źródłem zakażenia otaczających, a szukać zakażenia pierwotnego gdzieindziej. Może też zajść taka ewentualność, że dany przypadek nie jest zakaźną postacią zapalenia ziarnistego, a mniej wybitne przypadki w otoczeniu mają też jakąś inną przyczynę, np. pył. Z tego widzimy, jak ważne znaczenie mają tu jaknajdokładniejsze wywiady. Lecz nawet, gdyśmy się przekonali, że mamy przed sobą bezwarunkowo sprawę zakaźną, nie możemy z całą pewnością powiedzieć, że to jest jaglica, bo przecież jest rzeczą ogólnie znaną, że i daleko niewinniejsza postać zapalenia ziarnistego, zapalenie mieszkowe, może wybuchać nagminnie. W takim przypadku pewnego rozpoznania postawić nie zdołamy, zanim nie poznamy biologicznej przyczyny jaglicy; w takich przypadkach składamy w ofierze zapaleniu egipskiemu niewinne przypadki zapalenia ziarnistego, w ofierze niejednokrotnie bardzo ciężkiej, bo niepowetowanej.

Należy jeszcze pokrótce omówić wspomniane wyżej zagadkowe przypadki jaglicy, jak się one w świetle moich przypuszczeń przedstawiają. Przypadki, które tylko wskutek zbiegu okoliczności mamy sposobność badać, gdzie widzimy rozległe blizny na spojówkach, a badani nic nam nie mówią o przebytem zapaleniu egipskiem, uważalibyśmy za cięższą formę zapalenia ziarnistego, przyczem, jeśli zmiany są na obu oczach, przyjęlibyśmy to za przebytą sprawę zakaźną lub też za przypadek nie bakteryjnego pochodzenia, w którym szkodliwy wpływ zadziałał w równej mierze na oba oczy, co np. może często zdarzać się u ludzi pracujących w pyle; dokładne wywiady znów w tych razach mogą nam oddać wielkie usługi. Żołnierz T., który najprawdopodobniej miał jaglicę (przypadek 4), przyczem ziarna nie zdążyły się w głębszych warstwach spojówki rozwinąć, został wyleczony zapomocą energicznych środków tak, że nie powstały nawet blizny. Przypadki jednostronnego zapalenia ziarnistego powstawałyby według mego przypuszczenia tylko pod wpływem czynnika niebakteryjnego, działającego tylko na jedno oko, lub pod wpływem słabych drobnoustrojów, które mają bardzo nieznaczną skłonność do przenoszenia się i zanim ją objawiły, zostały przez powstałe w tym czasie ziarna obezwładnione. W ten sposób można sobie wytłómaczyć zapalenie Parinauda, oraz spostrzegane przezemnie w ostatnich czasach przypadki. Chory W. E. (przyp. 5) przebywa już pół roku w różnych szpitalach jagliczych, a pomimo to lewe oko jest zupełnie zdrowe. Najprawdopodobniej, gdyby nie był w wojsku, wcaleby się z prawem okiem do lekarzy nie zwracał, ponieważ mu ono nie sprawia żadnych dolegliwości. Zmiany na prawem oku zostały najprawdopodobniej wywołane jakimś czynnikiem mechanicznym; lekarz w polu mógł nie dojrzeć drobniutkiego przedmiotu w worku spojówkowym, leczył ostry nieżyt spojówki zapewne energicznymi środkami. Może pod wpływem tych środków doszło do silniejszego powstawania ziarn i chory wędrował od szpitala do szpitala przez sześć miesięcy ze zmianą jednego oka, a gdym, zapewne pierwszy, uwzględnił jego skargi, że mu po wszystkich zabiegach gorzej, już w przeciągu zaledwie 10 dni mam to zadowolenie, że choremu jest rzeczywiście znacznie lepiej. Dlatego też zmiany chorobowe oka prawego są mniej wyraźne, choć jeszcze przed 2 tygodniami pod działaniem siarczanu miedzi były conajmniej tak wybitne, jak w przypadku drugim. Żołnierz K. po przebytem zapaleniu egipskiem, które bardzo nieznaczne ślady pozostawiło, dostaje w koszarach, po zaledwie 8-dniowym tam pobycie, ostrego zapalenia oka prawego z licznemi ziarnami; 4 tygodnie przebywa na moim oddziale, sprawa na drugie oko się nie przenosi, a więc nie jest zakaźna; powód jedynie chemiczny lub mechaniczny. A teraz zwróćmy uwagę na te przypadki, gdzie wybitne ziarna, jak to wskazują wywiady (uwolnienie z wojska przed kilku laty z powodu »jaglicy«), istnieją od dłuższego czasu bez innych objawów. W tych razach mamy sposobność spostrzegać zapalenie ziarniste we wcześniejszym okresie, aniżeli u tych chorych, o których wspomniałem na początku tego ustępu i którzy się sami do nas nie zgłosili. Te same czynniki działają i tutaj, a czas mógłby nas przekonać, że i tutaj rozwiną się podobne, jak u pierwszych, zmiany łącznotkankowe. O złośliwej postaci jaglicy wyraziłem swoje przypuszczenie już wyżej.

Zdaje mi się, że w ten sposób moglibyśmy sobie wytłómaczyć wszystkie niejasne przypadki tego cierpienia, któreśmy dotychczas nazywali ogólnem mianem jaglicy.

Czy moje przypuszczenia są słuszne? Gdy się bakteryologom uda odkryć drobnoustrój jaglicy, wtedy dopiero napewno przekonać się będziemy mogli o słuszności lub niesłuszności mych przypuszczeń, wtedy może będę miał to zadowolenie, że jednak wiele przypadków, uznawanych dotychczas za jaglicę, nie jest w istocie jaglicą. Przypominam sobie teraz słowa znakomitego warszawskiego okulisty, dr. Kramsztyka, wypowiedziane na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie; powiedział on wtedy, że nie uważa jaglicy za specyalną chorobę w dotychczasowem rozumieniu tego pojęcia. Niestety, słowa jego przeszły bez wrażenia i nie wywołały choćby najkrótszej dyskusyi.

Może mnie spotka zarzut, że niepotrzebnie się tak sprawą jaglicy zajmuję w tych czasach, kiedy cierpienie to spotykamy znacznie rzadziej i w daleko łagodniejszej postaci, kiedy sobie z jaglicą naszymi środkami lekarskimi i chirurgicznymi znakomicie radę dajemy. Na to musiałbym odpowiedzieć, że leczymy jaglicę takimi ostrymi środkami, przeciw którym się żaden inny słabszy drobnoustrój, mniej zaraźliwy, tembardziej nie ostoi. Przykre to wprawdzie, że, nie mogąc od jaglicy odróżnić mniej niebezpiecznych chorób, wszystkie je jednako energicznie leczymy, lecz jest jeszcze inna, stokroć przykrzejsza sprawa, nie czysto lekarska, to — stosowane względem chorych jagliczych dotychczas oddzielenie od otoczenia. Gdybyśmy mieli zupełną pewność, że oddzielamy tylko prawdziwą jaglicę! Ale fakta inaczej mówią, bo nawet obecna krótka 3 miesięczna obserwacya przekonała mnie, że z pośród 260 chorych jednego z oddziałów tutejszego szpitala jagliczego, po mniej więcej 2 miesięcznem leczeniu przeszło 30 wróciło z powrotem do swych pułków bez śladów przebytej jaglicy, z której rozpoznaniem przychodzili tutaj. Musimy się przyznać, że dotychczas leczymy przypadki jaglicy prawdziwej w orszaku może całych tysięcy ludzi, nie dotkniętych właściwie tą chorobą, leczymy ją z wielkiemi ofiarami społeczeństwa, wyłączając zeń nieraz najpotrzebniejszych członków, narażając byt ich rodzin, a kulturze odejmując dziesiątki lat pracy ludzkiej.

I to był najważniejszy powód, dlaczego zająłem się tą sprawą. A więc starajmy się poznać prawdziwy powód jaglicy, przyprowadźmy ten dział okulistyki do należytego porządku, wyznaczając jaglicy ściśle miejsce, a z pewnością liczba rozpoznań jaglicy będzie o wiele mniejszą, walka z nią daleko łatwiejszą, a liczba niesłusznie o jaglicę dotąd posądzanych napewno okaże się niemała. Oddamy tym nieszczęśliwym wielką przysługę, a społeczeństwu przysporzymy wielu członków, co zwłaszcza w tych czasach będzie miało ogromne znaczenie.

Pierwszy epidemiczny szpital ruchomy Galic. Czerwonego Krzyża dla zwalczania chorób zakaźnych.

podali

Dr. Bronisław Kaczorowski kierownik szpitala, i **Dr. Maksymilian Mosler** c. k. lekarz powiatowy.

Zwycięstwa armii austro-węgierskiej w miesiącach wiosennych i letnich roku 1915 oczyściły Galicyę z Rosyan aż po rzekę Bug i Strypę. Zwycięskie wojska stanęły nad rzekami Bugiem, a w końcu Strypą, odpierając wszelkie zakusy nieprzyjaciela przedarcia się na tyły. Na tyłach jednak zwycięskiej armii pokazał się wróg inny, równie niebezpieczny, jak działa i karabiny maszynowe, — w postaci chorób zakaźnych. Pokonać tego wroga i nie dopuścić do przedostania się jego do wojska, było sprawą naglącą pierwszorzędnego znaczenia. Zrozumiała to pierwsza armia. Odezwą do Prezydyum Galicyjskiego Czerwonego Krzyża zaproponowała temuż utworzenie ruchomego szpitala epidemicznego dla ludności cywilnej. Zadaniem tego szpitala miało być zwalczanie wszelkich epidemii w miejscach najwięcej zagrożonych. Wojsko okazało gotowość wyposażenia szpitala. Galicyjski Czerwony Krzyż ze swym prezesem Ks. Pawłem Sapiehą skwapliwie przyjął propozycyę, a gdy i c. k. Namiestnictwo dla Galicyi postanowiło utrzymywać szpital ze swych funduszów, płacąc 5 koron dziennie od każdego chorego, leczonego w szpitalu, a zgłoszonego do Namiestnictwa, Czerwony Krzyż, mając wyposażenie od wojska, a fundusze od c. k. Namiestnictwa, przystąpił zaraz do dzieła, powierzając zorganizowanie i urządzenie szpitala swemu sekretarzowi, prof. dr K. Pankowi. Taka jest w krótkości geneza powstania pierwszego ruchomego epidemicznego szpitala Czerwonego Krzyża.

Mosty wielkie, miasteczko w powiecie żółkiewskim, obrano jako pierwsze miejsce pobytu szpitala. Miejscowość ta w początkach miesiąca sierpnia 1915 r. była zaledwie 8—10 kilometrów oddalona od linii bojowej. Dur brzuszny, czerwonka, a szczególnie cholera poczęły w miasteczku dziesiątkować ludność.

Szpital zaczęto urządzać około 10. sierpnia w budynku Wydziału krajowego, znajdującym się obok gościńca. Budynek składał się z 6 dosyć obszernych pokojów, z sionki, pokoju ciemnego przechodniego i kuchni. Pięć pokojów przeznaczono dla chorych, jeden pokój, przylegający do kuchni, obrócono na mieszkanie dla asystenta, jadalnię dla personalu i podręczną apteczkę, w pokoju zaś ciemnym urządzono łazienkę. Kuchnię oddzielono zupełnie od sal chorych przez zaszalowanie deskami drzwi i zbudowanie okienka dla podawania pokarmów chorym. Obok kuchni znajdowała się drewniana przybudówka, gdzie w porze letniej można było umieścić pielęgniarki. Cały budynek otoczony był ogrodem warzywnym, obok którego znajdowała się wozownia, stajnia i różne komórki dla przechowania inwentarza. W tylnej części ogrodu znajdowały się wychodki, poza którymi wykopano dół dla zlewania odchodów chorych i urządzono miejsce w celu spalania słomy i rzeczy mniej wartościowych, należących do chorych.

Stosownie do przyrzeczenia otrzymał szpital od wojskowości zaopatrzenie według normy, przyjętej przez c. i k. władze wojskowe: »Inventar des kleinen Epidemiespitals«. Trudno wyliczać poszczególne części inwentarza, dosyć będzie, jeżeli wspomnimy, że do dyspozycyi oddano 100 łóżek żelaznych, całe zaś zapotrzebowanie tak w naczyniach, jak i bieliźnie i t. d., obliczono na 60 chorych. Nie zapomniano również o zaopatrzeniu podręcznej apteczki. Oprócz urządzenia szpitalnego otrzymał szpital 2 pary koni, 2 powozy i jeden przenośny dezynfektor parowy.

W połowie sierpnia szpital otwarto dla chorych. Na kierownika i ordynaryusza powołano Dra Bronisława Kaczorowskiego, któremu do pomocy oddano 2 medyków asystentów, 7 wykształconych pielęgniarek, 3 sanitaryuszy i jednego wojskowego dezynfektora. Ponieważ administracya szpitala w tak trudnych czasach wymagała dużo pracy i czasu, jeden z przydzielonych medyków objął wkrótce po otwarciu tylko administracyę, jako zaś drugiego asystenta powołano medyczkę. Tutaj nadmienić należy, że przy przeprowadzaniu dezynfekcyi poza szpitalem poszczególne gminy dawały do pracy swoich ludzi, starostwo zaś udzielało środków dezynfekcyjnych. Zwalczanie epidemii wykonywano według instrukcyi, danej szpitalowi przez c. k. Namiestnictwo reskryptem z dnia 11 sierpnia 1915 L. B. 86921. Przedewszystkiem szpital zorganizował służbę wywiadowczą: kierownik lub jego asystenci zwiedzili oprócz Mostów wielkich prawie wszystkie okoliczne wsie i przysiółki, zabierając wszystkich chorych lub podejrzanych, szczególnie co do cholery, do szpitala, poddając zakażone lub podejrzane domy, studnie i obejścia ścisłej dezynfekcyi, przeprowadzając w danej miejscowości polepszenie stosunków sanitarnych. Rodziny, w których zdarzały się przypadki chorobowe, poddawano izolacyi i ścisłej obserwacyi. Odosobnienie rodzin w domu przeprowadzano w ten sposób, że po przeprowadzeniu dezynfekcyi stawiano koło domu wartę, przeważnie wojskową, która przez pewien czas, zależnie od rodzaju choroby, przestrzegała, aby osoby z domu zakażonego nie stykały się z osobami obcemi. Chorych odsyłano do szpitala w braku wozów epidemicznych na zwykłych wozach wiejskich przy asystencyi wojska. Po umieszczeniu chorego w szpitalu, słomę lub siano, na których chory leżał, palono, wóz jakoteż ubranie woźnicy poddawano szczegółowemu odkażeniu. Prymitywne to odstawianie chorych do szpitala okazało się w rezultacie dobrem, albowiem podczas całej naszej kilkumiesięcznej działalności nie zdołaliśmy stwierdzić, aby tego rodzaju przewożenie przyczyniło się do rozszerzenia epidemii. Ubranie, bieliznę i ewentualnie pościel, w której chory przybył do szpitala, oddawano

natychmiast do aparatu dezynfekcyjnego. Szpital wykonał również szczepienia ochronne przeciwcholeryczne. Przez ten krótki czas pobytu w Mostach wielkich zaszczepiono z górą 2000 osób.

Ponieważ we wsi Lubeli, odległej od Mostów wielkich 20 kilometrów, stwierdzono większą ilość chorób zakaźnych, urządzono w tamtejszym opuszczonym dworze filię szpitala. Na filii tej umieszczono asystentkę medyczkę, dodając jej do pomocy 2 pielęgniarki, kierownik zaś szpitala co drugi dzień odwiedzał filię.

Ogółem od 15. sierpnia 1915 do 20. września 1915 leczono w szpitalu i tegoż filii 115 chorych i podejrzanych. Z tego

na cholerę azyatycką	. 63	osób
» dysenteryę	33	»
» dur brzuszny . . .	15	»
» dur plamisty . . .	1	»
» ospę	3	»
razem . .	. 115	osób

Jedną pielęgniarkę, pozostawioną przez odjeżdżający szpital wojskowy, leczono na pryszczykowe zapalenie gardła (angina follicularis).

Z odjazdu szpitala wojskowego skorzystała nasza kolumna, umieszczając w próżnych ubikacyach chorych na dur brzuszny, dur plamisty, czerwonkę i ospę, szpital nasz bowiem był za szczupły, aby można było urządzić w nim pokój obserwacyjny i umieścić chorych stosownie do ich choroby w oddzielnych salach. Zaznaczyć tutaj również należy, że po wyjeździe szpitali wojskowych, szpital nasz objął leczenie żołnierzy, lecząc ambulatoryjnie chorych, odsyłając do szpitala w Żółkwi cięższej chorych, żołnierzy zaś, którzy z powodu bardzo ciężkiego przebiegu choroby nie mogli być odstawieni do Żółkwi, umieszczał w swoim szpitalu.

Skutki działalności szpitala w Mostach w. nie dały na siebie długo czekać. W początkach września można było stwierdzić, że rozszerzanie się cholery w Mostach wielkich zostało wstrzymane, około zaś 15. września ani w Mostach, ani w okolicy mimo ścisłych poszukiwań nie stwierdzono żadnego świeżego przypadku tejże choroby. Ponieważ dur brzuszny i czerwonka pojawiały się tylko sporadycznie, innych zaś chorób zakaźnych nie było ani w Mostach wielkich, ani w okolicy, postanowiło Prezydyum Czerwonego Krzyża szpital przenieść na miejsce epidemiami więcej zagrożone, mianowicie do Żółkwi.

W dniu 20. września po należytem odkażeniu przeniesiono szpital do Żółkwi, pozostawiając kilku rekonwalescentów opiece gminy miasta Mosty wielkie.

W celu łatwiejszego przewozu inwentarza sporządzono większą ilość pak zamykanych i ponumerowanych. Ten sposób przewożenia okazał się i z tego względu praktycznym, że w ten sposób spisany i pod odpowiednim numerem w pakach ułożony inwentarz ułatwiał oryentacyę, co na nowem miejscu pobytu umożliwiało szybkie zorganizowanie szpitala.

Łatwo jest zdecydować się na przeniesienie ruchomego szpitala, lecz niesłychanie trudno jest umieścić go w nowem miejscu pobytu. Jeżeli szpital nie posiada własnych przenośnych baraków, wyszukanie odpowiedniego lokalu napotyka na wielkie trudności w kraju, gdzie większa część budynków rządowych, krajowych lub gminnych jest spalona i zniszczona. Na takie trudności napotkał kierownik szpitala i w Żółkwi. Trudności w wyszukaniu odpowiedniego lokalu zwiększała jeszcze i ta okoliczność, że oprócz cholery, duru brzusznego, czerwonki i płonicy zaczęła się szerzyć ospa, trzeba więc było myśleć o oddzielnych budynkach, w którychby można było odpowiednie choroby oddzielnie umieścić.

Po długich poszukiwaniach przypadek zrządził, że szpital wojskowy właśnie opuszczał dawny lokal kasyna wojskowego. Ponieważ posesya składała się z obszernego domu piątrowego i z oficyn, oddzielonych od głównego budynku wielkiem podwórzem, w pośrodku którego znajdował się ogród, ponieważ w ogrodzie znajdowała się wiercona i zaopatrzona w pompę studnia i ponieważ w końcu do posesyi tej należała stajnia, drewutnia i inne potrzebne budowle, kierownik skorzystał ze sposobnej chwili i zażądał od Starostwa odstąpienia mu na użytek szpitala tych ubikacyi. Po otrzymaniu pozwolenia przystąpiono natychmiast do oczyszczenia sal i do odpowiednich adaptacyi. Mieszkaniec krajów, nie zajętych wojną, nie zdaje sobie zapewne sprawy, jakie to mogą być adaptacye w miejscowościach, gdzie przeszedł huragan wojny. Jeżeli przypadkiem budynku jakiegoś, jak np. naszego, nie spalono, to z pewnością brakowało w nim okien, szyb, piece rozwalone lub zniszczone, jeżeli pozostały drzwi, to klamki od nich poodrywane i t. d. W lecie, kiedy ciepło, łatwiej w takim lokalu przebywać, lecz jeżeli nadchodzi jesień i zima, trzeba koniecznie pomyśleć o możliwem przebyciu tych pór roku. A więc musiano się zająć dostosowaniem okien, tam gdzie szyba brakowała, musiano ją zastąpić, z powodu wielkiej drożyzny i braku szkła, deskami, musiano piece naprawić lub zgoła nowe wybudować i t. d., co naturalnie wyszczerbiło nasze nader skromne fundusze. Wspomnieliśmy o tem dlatego, aby dać słaby obraz, w jak niekorzystnych warunkach szpital nasz pracować i spełniać swoją misyę jest zmuszony.

Budynek główny składa się z 11 większych lub mniejszych pokojów i kuchni. W parterze znajdują się 2 sale, jedna większa, druga mniejsza. Te sale przeznaczono na cholerę. Między temi salami znajduje się dosyć obszerny pokój, w którym umieszczono łazienkę. Oddzielny korytarz wzdłuż budynku prowadzi do kuchni, przy której znajduje się pokój na jadalnię dla personalu. Kuchnię od ubikacyi szpitalnych oddzielono zupełnie w tensam sposób, jak w Mostach wielkich.

Na I piętrze znajduje się 8 pokojów, z których 3 znajduje się po prawej, 5 zaś po lewej części budynku. Pokoje po prawej stronie od pokojów po lewej oddzielone są osobnymi korytarzami. Pokoje po prawej stronie przeznaczono na mieszkanie pielęgniarek i personalu lekarskiego, pokoje po lewej dla chorych, z tych jeden na kancelaryę. Pokoje na I piętrze przeznaczono na dur brzuszny i na czerwonkę.

Dom parterowy w oficynach składa się z 6 pokojów. Cały ten dom przeznaczono na ospę.

Ponieważ oprócz powyższych chorób spodziewać się należało wybuchu duru plamistego i płonicy, dlatego w odległości $^1/_2$ kilometra od opisanego szpitala odstąpiło nam miasto t. zw. dom izolacyjny, składający się z 3 pokojów, kuchni i łazienki.

W całym więc szpitalu mamy 15 pokojów większych i mniejszych, przeznaczonych dla chorych i 2 łazienki.

Niestety brak miejsca w domu, przeznaczonym na ospę, uniemożliwił nam urządzenie tamże osobnej łazienki. Brak osobnej łazienki nie daje się jednak tutaj dotkliwie odczuć z tego powodu, że kąpiele w ospie muszą być częściej stosowane, kąpanie zaś ciężko chorych obok ich łóżka ułatwia i umożliwia częstsze stosowanie kąpieli.

W szpitalu w Żółkwi od października 1915 r. do połowy stycznia 1916 leczono 295 osób. Z tego

na cholerę azyatycką . .	18	osób
» dur brzuszny . . .	40	»
» dur plamisty . . .	1	»
» dysenteryę	11	»
» płonicę	5	»
» ospę	180	»

(z tego variola confluens 18, variola haemorrhagica 13). Prócz tego 40 osób podejrzanych co do ospy obserwowano przez pewien czas w szpitalu.

Tutaj zaznaczyć należy, że szpital nasz tak w Mostach wielkich i okolicy, jak w Żółkwi i okolicy, leczył w domu bardzo ciężkie przypadki duru brzusznego i czerwonki, których jużto z powodu nader ciężkiego przebiegu choroby, jużto z powodu zbytniej odległości nie można było umieścić w szpitalu. Izolacya chorych i rodziny chorego była w takim razie ściśle przestrzegana. Chorych na cholerę, dur plamisty lub ospę bezwarunkowo starano się umieścić w szpitalu, przeprowadzano natychmiast ścisłą dezynfekcyę, osoby zaś zdrowe, które stykały się bezpośrednio z chorymi, odosobniano w domu i obserwowano w sposób, jak to już wyżej opisano.

W każdym przypadku cholery po wsiach, gdzie chory umarł, zanim zdołano umieścić go w szpitalu, przeprowadzano dokładną dezynfekcyę i ścisłe izolowanie i obserwacyę osób, które były w otoczeniu chorego.

Ogółem w szpitalu w Mostach wielkich i w Żółkwi leczono na:

cholerę azyatycką	91	osób	z tego	umarło	34—42%
dysenteryę . .	44	»	»	»	8 –18%
dur brzuszny .	55	»	»	»	8—14%
dur plamisty . .	2	»	»	»	0— 0%
płonicę	5	»	»	»	1
ospę	183	»	»	»	34—18·5%

Z tego z 18 chorych na variola confluens umarło 4, z 13 chorych na variola haemorrhagica umarło 10.

Działalności tego szpitala przypisać należy skuteczne tłumienie chorób zakaźnych, a przekonają nas o tem następujące urzędownie sprawdzone daty:

Cholera:

W ogóle sprawdzono w tutejszym powiecie 1563 przy-

padków zachorowania na cholerę, a przebieg jej był tak gwałtowny, że na 1563 chorych sprawdzono 1071 przypadków śmierci, co czyni 68%. W chwili rozpoczęcia działalności szpitala w pierwszem jego miejscu pobytu, t. j. w Mostach wielkich, cholera w sąsiednich gminach już swoje ofiary pochłonęła i chyliła się ku wygaśnięciu. I tak wyliczamy stan epidemii cholery w okręgu sądowym mosteńskim:

1. Batiatycze, zachorowało 62, zmarło 36, epidemia wygasła już 24. sierpnia 1915.
2. Bojaniec, zachorowało 71, umarło 70. Epidemia sprawdzona 27. czerwca, zakończona 11. września 1915. Z rozpoczęciem działalności szpitala przybyło w tej gminie już tylko 15 chorych, t. j. od 14. sierpnia do 1. września.
3. Butyny, zachorowało 13, umarło 11 od 30. lipca do 11. sierpnia 1915.
4. Dalnicz, zachorowało 30, umarło 27.
5. Derewnia, zachorowało 178, umarło 113. Cholerę sprawdzono 23. lipca, wygasła 10. września; od chwili otwarcia szpitala przybyło w tej gminie tylko 19 chorych.
6. Dworce, zachorowało 63, umarło 55; od otwarcia szpitala zachorowało tylko 12 osób.
7. Kulawa, zachorowało 12, umarło 18; od otwarcia szpitala zachorowało jeszcze tylko 10 osób.
8. Przystań, zachorowało 66, umarło 33; od czasu otwarcia szpitala zachorowało już tylko 29 osób.
9. Rekliniec, zachorowało 36, umarło 21; od otwarcia szpitala zachorowało tylko 5 osób.

Już z tego wynika, że epidemia cholery we wszystkich gminach dookoła Mostów wielkich z rozwinięciem działalności kolumny znacznie i wybitnie zmalała, aby wkrótce całkiem wygasnąć.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 13. XI. posiedzenie, na którem prof. Rosner przedstawił ze swej kliniki przypadki akromegalii, raka pochwy wynicowanej i obojnactwa, poczem Dr Rzętkowski z Warszawy miał wykład: O azocie formolowym we krwi.

— Za odznaki narodowe, sprzedawane na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego d. 9. XI. na rzecz wdów i sierot po Legionistach polskich, zebrano kwotę 172 koron.

— Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Dr Weinsbergowi za cenne czasopisma, ofiarowane bibliotece.

Dr Blassberg, bibliotekarz.

— W d. 4. XI. b. r. odbyło się we Lwowie posiedzenie Krajowej Rady Zdrowia, na którem przedmiotem obrad były: opieka nad niemowlętami, oraz sprawozdanie krajowego referenta sanitarnego, radcy Dr Lachowicza, o stanie chorób zakaźnych i o akcyi zwalczania chorób wenerycznych w Galicyi.

— Liczba słuchaczy medycyny na Wydziale lekarskim we Lwowie wynosi w bieżącem półroczu szkolnem 255, a w Krakowie 360 (341 zwyczajnych, 19 nadzwyczajnych).

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Konstanty Świątek z Krężnicy Jarej w Królestwie Polskiem, Karol Franciszek Hessek z Andrychowa w Galicyi.

— Do grona Kolegów, popierających wydawnictwo »Przeglądu« dobrowolnym przyczynkiem pieniężnym, przyłączył się kol. Kuczewski z Zakopanego.

— W Nowym Targu ukonstytuowało się Koło miejscowe Towarzystwa walki z gruźlicą, wybierając prezesem starostę p. Psarskiego, wiceprezesem st. lekarza powiatowego Dr Janikiewicza; do Wydziału wybrano z lekarzy st. lekarza powiatowego Dr Jana Bednarskiego. Koło liczy 60 członków.

Warszawa. Na Wydziale lekarskim odbywają się w półroczu bieżącem wykłady prof. Lotha (anatomia opisowa), Czubalskiego (fizyologia), Jabłczyńskiego i Brauna (chemia nieorganiczna), Tura (anatomia porównawcza), Parnasa (chemia lekarska), Kryńskiego (anatomia topograficzna), Mazurkiewicza (farmakognozya), Wójcickiego (botanika), Konopackiego (histologia), Brudzińskiego (propedeutyka lekarska), Wierusz-Kowalskiego (fizyka) i Sosnowskiego (zoologia).

— Zakład anatomii opisowej został dzięki energii i zapobiegliwości prof. Lotha, a gorliwej współpracy asystentów i słuchaczy, zreorganizowany, należycie wyposażony i uporządkowany. Wielką zasługą prof. Lotha jest uporządkowanie i wzorowe urządzenie muzeum, przyczem zdołano odszukać i ocalić wiele cennych oraz historycznie ciekawych preparatów z początku XIX wieku. (Gaz. lek. 19).

— Dr Alfred Sokołowski wybrany został rektorem Kursów naukowych. Dr Sokołowski wykłada na Wydziale przyrodniczym Kursów medycynę społeczną. Oprócz niego wykładają na tym Wydziale z lekarzy: Dr Brunner — mikrobiologię, Dr Karwacki — serologię, Dr Orłowski — anatomię i fizyologię układu nerwowego, Dr Rzętkowski — o przemianie materyi, Dr Szczawińska — higienę. (Gaz. lek. 18).

— Jako wydawnictwo Warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy wyszła rozprawa Dr S. Serkowskiego: »Przyrost naturalny ludności jako zagadnienie higieny socyalnej«.

— Koła lekarskie w Warszawie zajmują się gorliwie opracowaniem zasad ustroju sanitarnego w Królestwie Polskiem. Bardzo poważny materyał zebrano już dawniej, a dowodem jest wydana jeszcze przed 10 laty zbiorowa gruntowna praca p. t. »Medycyna w Samorządzie«. Obecnie zarówno w Towarzystwie higienicznem, gdzie referentem był Dr Polak, jak i w Stowarzyszeniu lekarzy, gdzie miał odczyt Dr J. Jaworski, toczą się obrady w tym przedmiocie. Wyczerpujący referat Dr J. Jaworskiego drukuje się w »Gazecie lekarskiej«.

— Rada miejska przeznaczyła 1500 rb. rocznie na zakup surowicy przeciwbłoniczej dla ubogich chorych.

— Prywatna poliklinika neurologiczna Dr Goldflama dobiegła 25 lat istnienia.

Z różnych stron. »Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen« w Berlinie (najwyższa oficyalna Rada zdrowia) uchwaliła na zasadzie orzeczenia prof. Bumma i Kröhnego następujące zasady w sprawie przerywania ciąży: 1) Lekarzowi wolno przerwać ciążę tylko ze wskazań lekarskich. Wskazanie zaś takie istnieje tylko wtedy, jeżeli życiu i zdrowiu ciężarnej zagraża udowodnione i nieuniknione najcięższe niebezpieczeństwo, nie dające się inaczej odwrócić, jak tylko przez przerwanie ciąży. 2) Lekarz niema prawa przerywać ciąży z powodów socyalnych lub społecznohigienicznych. Czyniąc to, popełniłby występek, podpadający pod kodeks karny. 3) Zaleca się podejmować przerwanie ciąży tylko na zasadzie narady kilku lekarzy. 4) Należy wprowadzić obowiązek donoszenia o przerwaniu ciąży przez lekarza.

— Ministeryum ochrony zdrowia publicznego utworzono w Petersburgu; kierownikiem został mianowany prof. Rein. Jestto pierwsze ministeryum zdrowia, zorganizowane jako odrębna władza.

Mianowani: profesor medycyny sądowej Kolisko zwyczajnym profesorem anatomii patologicznej w Wiedniu; prof. Brücke z Lipska profesorem fizyologii w Innsbrucku.

Zmarli: Znakomity psychiatra prof. Magnan w Paryżu w 80 r. ż., ginekolog prof. Kleinhans w Pradze, okulista prof. Hippel w Göttingen.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium 1916. (J. F. Lehmann). Zeszyt IX. (1·50 Mk.), X (1·50 Mk.), XI (1·25 Mk.).

Tegoroczny zeszyt wrześniowy »Kursów« zawiera artykuły: Dr Jaffégo: »Zadania i cele niemieckiej higieny społecznej w czasie wojny«, prof. Thiema: »Sprawy ubezpieczenia od wypadków i niezdolności do pracy w r. 1915/16«, prof. Sudhoffa: »Wojny a zarazy w dawnych czasach«. W zeszycie październikowym wyszły rozprawy: Prof. Reichego: »Dalsze doświadczenia w dziedzinie chorób zakaźnych« i Dr Ungermanna: »O krętkach chorobotwórczych«, a w listopadowym: Dr Kraupy: »Leczenie i profilaktyka wrzodu pełzającego rogówki« i prof. Kuttnera przegląd postępów w dziedzinie laryngologii i otyatryi.

Medizinal - Index und therapeutisches Vademecum, herausgegeben von Dr M. T. Schnirer, Redakteur der »Klinisch-therapeutischen Wochenschrift«. Rocznik XIX. Wiedeń 1917 (F. Deuticke).

Doskonały kalendarzyk lekarski Dr Schnirera wychodzi w tym roku nietylko nie zmniejszony, ale nawet wzbogacony nowymi rozdziałami i starannie uzupełniony nowemi zdobyczami lecznictwa. Przegląd tych zdobyczy podaje kalendarzyk w osobnym rozdziałku p. t. »Therapeutischer Jahresbericht«. W spisie leków dodano 24 nowych przetworów. Treść kalendarzyka składa się z podręcznika terapeutycznego, uzupełnionego rozdziałami o kosmetyce, surowicach, środkach odżywczych, otruciach, pierwszej pomocy, leczeniu tuberkuliną, odżywianiu noworodków, technice leczniczej, dyetetyce, dalej ze spisu leków, zwykłych tabel (dawek maksymalnych i t. p.), wreszcie z części informacyjnej, która, — jak redaktor zaznacza w przedmowie, — z powodu wojny niezupełnie jest dokładna.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1916.

Gazeta lekarska Nr 14—19: Lewenstein: W sprawie nowotworów mieszanych ślinianki (14—16). — Bujwid: Wyniki szczepień ochronnych przeciwko wściekliznie w instytucie krakowskim (14). — Sawicki: W sprawie szkoły felczerskiej (14—15). — Kossakowski: Śmierć nagła w przypadku stanu grasiczolimfatycznego i wągra IV komory (15—16). — Męczkowski: W sprawie organizacyi nadzoru sanitarnego (16). — Tomaszewski: Badania nad zachowaniem się przytarczyc w przypadkach powstawania złogów wapiennych w ustroju ludzkim (17—19).— Chrostowski: Przypadek choroby Vaqueza (17). — Kopczyński: O potrzebie zbierania statystyki zawodowej lekarskiej (17). — Męczkowski: Ruch ludności m. Warszawy 1/1 1913 — 1/7 1916 (18). — Bieliński: Służba zdrowia w armii polskiej (18—19). — Sławiński: Uproszczony sposób operacyi doszczętnej przepukliny pachwinowej (19).

Zdrowie Zesz. 9—10: Ciąg dalszy artykułów Janiszewskiego i Dzięciołowskiego (9). — Bukowska: Ochrona najmłodszego wieku dziecięcego (10). — Fruchtman: Udział lekarzy sanitarnych w inspektoratach fabrycznych (10).

Kronika dentystyczna Zesz. 7—9. Krakowski: Rys ogólnej sprawy miejscowego znieczulania przy wyjmowaniu zębów.

Medycyna i Kronika lekarska Nr 40—45: Borsuk: W sprawie resekcyi pięty sposobem Mikulicza (40). — Herman E. (dok.). — Karwacki: O podziale podłużnym u krętków gorączki powrotnej (41). — Stabholz: O t. zw. przeroście gruczołu krokowego i »prostatismus sine prostata« (42—45). — Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomopatologicznych w zdrowej skórze po działaniu na nią olejku dziegciowego, nalewki dziegciowej i maści Wilkinsona (44—45). — Cetnarowicz: Znaczenie i technika badania oczu w szkołach elementarnych (44—45).

Redakcya otrzymała: Janiszewski: Zwalczanie gruźlicy w kraju. Kraków 1916, str. 24. — Athmis: Eugenetyczna hodowla człowieka. Promienie. Część I. Zakopane 1916, str. 232.— Klęsk: Ein Beitrag zur Ausbildung beider Hände beim Menschen. (Kleine Bibliothek der »Krakauer Zeitung« Nr 2). Krakau 1916.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Rok LV. Kraków, 1. grudnia 1916. Nr 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O ranach postrzałowych czaszki i mózgu.

(Wedle wykładu, wypowiedzianego na naukowem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego 3 grudnia 1915).

Napisał

M. W. Herman (Lwów).

Prawdopodobnie nawet ogromna kazuistyka obecnej wojny i na niej oparte doświadczenie nie pozbawią ran postrzałowych czaszki i mózgu tego zainteresowania, z jakiem się do nich zawsze odnosimy. Składa się na to parę czynników, a między innymi: brak ogólnie przyjętych zasad w postępowaniu leczniczem.

Własną kazuistykę z 75 spostrzeżeń rozpatrzę z tego właśnie praktycznego punktu widzenia.

Literaturę bieżącą uwzględnię w bardzo szczupłych rozmiarach, gdyż w obecnych warunkach jest ona prawie niedostępna.

Krótko sprawię się z 20 postrzałami powierzchownymi czepca czaszki, w których, jeżeli istniało jakie uszkodzenie kości, to chyba szczelinowate pęknięcie. Doświadczenie poucza, że uszkodzeń tych, widywanych w dwóch zasadniczych odmianach (postrzały tępe i draśnienia postrzałowe), jakkolwiek bardzo lekkich, nigdy lekceważyć nie należy. W dwóch moich przypadkach (na 20!) wytworzył się w uszkodzonej okolicy ropień mózgu.

1) Schr., raniony 28. VIII. 1914. Postrzał tępy poza uchem prawem. W kilka dni potem w tej okolicy bóle o charakterze rwy nerwowej, pozbawiające chorego snu. Przy opukiwaniu bolesność ściśle ograniczona. Ciepłota stale podwyższona. Przypuszczając ropień mózgu i ulegając naleganiom chorego, otwarłem 12. IX. 1914 czaszkę i rzeczywiście znalazłem i opróżniłem ropień wielkości dużego orzecha włoskiego, wypełniony ropą czekoladowo zabarwioną. Operowany zupełnie wyzdrowiał.

2) K., raniony pod koniec kwietnia 1915 odłamkiem granatu. W okolicy guza czołowego prawego draśnienie postrzałowe. W ciągu obserwacyi usposobienie chorego zmienia się: chory coraz bardziej staje się przygnębionym. Od czasu do czasu ciepłota podnosi się ponad 37·5⁰. Tętno stale zwolnione, około 56 u. n. m. Rana nie okazuje skłonności do gojenia się. Wobec tego prawdopodobieństwo ropnia w prawym płacie czołowym duże. 23. V. 1915 wykonałem trepanacyę i rzeczywiście znalazłem ropień tam, gdzie go się spodziewałem. Szybkie i pełne wygojenie.

Pozostałych 18 chorych wyzdrowiało — najprawdopodobniej zupełnie — bez powikłań. Wobec zranień powierzchownych czaszki żaden chyba chirurg nie wystąpi czynnie, nie mając po temu ścisłych wskazań, np. w postaci objawów choćby prawdopodobnego ropnia mózgu.

Nie tak prostą, a przynajmniej nie wszystkim chirurgom, wydaje się kwestya czynnej interwencyi wobec zranień przenikających czaszki, których dotąd spostrzegałem 55. Postrzał przenikający do jamy czaszki w 60% zabija na miejscu lub w przeciągu paru godzin, z przyczyny zniszczenia ośrodków koniecznych do życia lub obfitego krwotoku śródczaszkowego. Z pozostałych: 20% umiera w szpitalach w parę dni lub miesięcy po zranieniu, prawie zawsze z tej samej przyczyny, tj. ropnego zakażenia rany postrzałowej, 10% zdrowieje zupełnie, 10% pozostaje kalekami na całe życie.

Ponieważ tkanka mózgowa, w jakikolwiek sposób raz zniszczona, zostaje — bez względu na starania lekarskie — na zawsze straconą (zastępcze bowiem obejmowanie czynności ośrodków zniszczonych przez inne, zachowane, odbywa się poza sferą naszych wpływów); ponieważ ranieni z krwotokami śródczaszkowymi nie dochodzą wogóle do rąk lekarzy; przeto zwiększyć odsetkę ocalonych po postrzałach przenikających czaszki moglibyśmy tylko przez zmniejszenie śmiertelności z zakażenia rany.

Przenikające rany postrzałowe czaszki są albo pierwotnie zakażone, albo też dopiero następowo ulegają zakażeniu. Pierwsze przypuszczenie wydaje się nam tak prawdopodobnem, że nie odczuwamy nawet potrzeby głębiej się nad niem zastanawiać. Wszakżeż skóra (czepiec) na głowie żołnierzy, długo w polu będących, jest bardzo brudna (nie mówiąc o wszach!), a tkanka mózgowa tak mało odporna, że chyba każda rana postrzałowa jest wybitnie zakażona. Zapominamy, że dotychczas są to tylko tezy, wypowiadane na kredyt »opinii publicznej«. Tymczasem Friedrich[1]) nazywa twierdzenie o małej odporności tkanki mózgowej »nieuzasadnionem uprzedzeniem«. I wbrew temu uprzedzeniu kazuistyka postrzałów mózgu, rozpatrywana pod odpowiednim kątem widzenia, zdaje się dowodzić, że rany postrzałowe mózgu bardzo często są jałowe.

Głośny otyatra Bárány[2]) zatrudniał się w oblężonym Przemyślu chirurgią. Przypadek zachęcił go do szycia ran postrzałowych czaszki. Po odpowiedniem przygotowaniu pola operacyjnego okrwawiał brzegi rany skórnej, a wygładzał brzegi otworu w kości. Z głębi mózgu usuwał odłamki kostne. Ubytek w oponie twardej uzupełniał płatkiem powięzi szerokiej uda. Ranę skórną zaszywał na głucho. Operował w 6—8 godzin po zranieniu. Po operacyi chorzy pozostawali na miejscu. Z leczonych tym sposobem 12 rannych stracił 3! Zatem wyleczył 75%! Bardzo podobnie postępuje M. Maresch[3]), z tą tylko bowiem odmianą, że uszkodzonej opony twardej nie pokrywa plastycznie i że ranę sączkuje strzępem gazy aseptycznej. Na 17 przypadków, operowanych w kilkanaście godzin po zranieniu, miał 73% wyleczeń.

Gdyby rany postrzałowe mózgu pierwotnie nie były jałowe lub prawie jałowe, ani Bárány ani Maresch nie mogliby wykazać takich wyników po 30-dniowej obserwacyi.

Takiemu wnioskowaniu nie sprzeciwia się bynajmniej fakt, że z własnej kazuistyki przytoczyć mogę zaledwie 6

[1]) Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. XCI.
[2]) Tamże, Bd. XCVII, Hft 4.
[3]) Wiener klinische Wochenschrift 1915 Nr. 38.

przypadków (tj. prawie 11%) aseptycznych. Zanim bowiem ci chorzy dostali się do szpitala stałego, przetrzymać musieli 6—8-dniowy transport, zwykle w bardzo prowizorycznych opatrunkach i w bardzo niekorzystnych warunkach. Niezawsze zadawano sobie choćby tyle trudu, aby wystrzydz włosy w otoczeniu rany. Pod luźnie założoną opaską włosy zlepione krwią zasychały w skorupę, której okruchy, odłamujące się w czasie transportu, wpadały do rany. Tym sposobem niemal z godziny na godzinę zwiększa się ilość ran postrzałowych mózgu, następowo zakażanych. Zjawisko, znane zresztą powszechnie i w odniesieniu do każdej innej rany postrzałowej.

Wśród czynników, ułatwiających zakażenie, pewne niewątpliwie znaczenie ma kształt anatomiczny rany.

Od wojny mandżurskiej, a ściślej od czasu ogłoszenia znanej monografii Holbecka[1]), zwłaszcza po niemiecku, wszyscy mniej więcej chirurdzy rozróżniają na czaszce:

1) postrzały rynienkowate (tangencyalne, styczne),
2) postrzały po cięciwie (segmentarne),
3) postrzały osiowe (diametralne).
4) postrzały ślepe.

W postrzałach rynienkowatych, zależnie od głębokości rynienki, opona twarda pozostaje nienaruszoną albo też okazuje ubytek, rozmiarami i kształtem odpowiadający ubytkowi czaszki. Jest to szczegół prognostycznie ważny: z 5 chorych z przestrzałami rynienkowatymi, w których ciągłość opony twardej była utrzymana, co stwierdziłem w czasie operacyi, wszyscy łatwo wyzdrowieli.

3) Nawet ropowica rany zewnętrznej nie przeszkadza w takim razie wyleczeniu. Kts., przyjęty 23. VII. 1915. Postrzał ślepy czaszki w okolicy skroni. Ropowica dołu skroniowego i policzka. Rwa nerwu trójdzielnego. Natychmiast ropowicę naciąłem. Stwierdziłem, że kula ze szrapnela przeszła popod łukiem jarzmowym w kierunku ku otworowi jajowatemu, ryjąc w okolicy grzebienia podskroniowego kości klinowej rynienkę, sięgającą aż do nieuszkodzonej opony twardej. Usunąwszy pocisk i stwierdziwszy, że jama czaszki na podstawie jest otwarta, wstrzymałem się od dalszych zabiegów, poprzestając na dokładnem osączkowaniu rany. Objawy zakażenia zelżały, lecz rwa nerwowa trapiła chorego w dalszym ciągu, i to w takim stopniu, że już 26. VII. musiałem przystąpić do gruntownej rewizyi rany. Znalazłem odłamki kostne, wsunięte głęboko pomiędzy oponę a czaszkę. Prawdopodobnie ucisk któregoś z nich na pień nerwu trójdzielnego był przyczyną rwy. Aby je usunąć, musiałem rynienkę w czaszce rozszerzyć we wszystkich kiernnkach. Bole znikły bezpowrotnie. Rana goiła się dobrze. Chory wyszedł 12. VIII. z raną prawie wygojoną.

Mniej ważnym szczegółem jest zachowanie się czepca ponad rynienką w kości, choćby z tego powodu, że w miarę uznania i potrzeby możemy utrzymany ponad rynienką mostek czepca rozciąć lub rozerwany pociskiem zeszyć z powrotem.

Postrzałów rynienkowatych spostrzegałem ogółem 25. Z tych po operacyi wyzdrowiało 14, umarło 4; bez operacyi wyzdrowiało 6, umarł 1. Trzy razy rany były aseptyczne (nie operowane).

Postrzały po cięciwie różnią się wprawdzie tylko ilościowo od postrzałów osiowych, zasługują jednak na szczególną uwagę wskutek tego, że kości czaszki pomiędzy wlotem i wylotem postrzału ulegają zwykle zgruchotaniu na liczne odłamki, co jest powikłaniem niemałej wagi. To bowiem pogruchotanie czaszki najprawdopodobniej sprawia, że rany te łatwo ulegają ciężkiemu zakażeniu. Z 8 chorych, należących do tej grupy, po operacyi wyzdrowiał 1, umarło 5; bez operacyi wyzdrowiało dwóch, w tem jeden postrzał aseptyczny. W owych trzech przypadkach, które pomyślnie się skończyły, kości czaszkowe między wlotem a wylotem postrzału wbrew regule nie były zgruchotane. Co najwyżej istnieć mogły szczelinowate pęknięcia, nie dające się klinicznie stwierdzić.

[1]) Die Schussverletzungen des Schädels im Kriege. Berlin, Hirschwald 1912.

O postrzale segmentarnym, wyleczonym po operacyi, pomówię później. Historya dwóch innych, nieoperowanych, w streszczeniu tak się przedstawia:

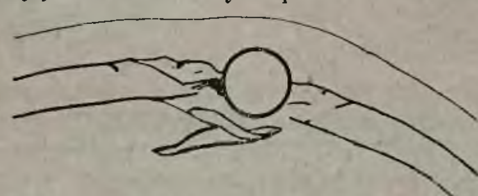
4) Bnt., przyjęty 24. VII. 1915. Wlot postrzału poza uchem lewem, wylot ponad lewą brwią. Cały nerw twarzowy po stronie lewej porażony. Głuchota lewego ucha. Brak zaburzeń smakowych. W ciągu kilkunastodniowej obserwacyi rana wlotu zagoiła się bez odczynu. Rana wylotu natomiast ropieje coraz obficiej. Po rozszerzeniu rany tej odkryto w płacie czołowym ropień. Ropa mocno cuchnąca. Ropień nie zdradzał swej obecności żadnym szczególniejszym objawem. Po operacyi zauważono przypadkowo, że gdy chory uciera nos, przez otwór trepanacyjny uchodzi powietrze. Z wygojoną raną opuścił Bnt. oddział 4. IX. 1915. Objawy porażenia nerwu twarzowego w niczem nie poprawiły się.

5) Kfl. Podobnie jak w poprzednim przypadku wlot ponad lewą brwią, wylot poza uchem lewem. Na to ucho chory niedosłyszy i skarży się na szum w niem (co nasłuchiwaniem każe stwierdzać pielęgniarce). Zresztą niema żadnych porażeń. Natomiast wybitne podniecenie psychiczne, z powodu którego — po aseptycznem wygojeniu się ran postrzałowych — odesłano chorego do zakładu psychiatrycznego. Po kilku miesiącach chory (oficer) powrócił jako zupełnie zdrów do służby na froncie.

Postrzały osiowe przebiegają przez jamę czaszki podłużnie, poprzecznie, skośnie i prostopadle, raz bliżej sklepienia, raz zaś bliżej podstawy, bliżej czoła lub bliżej potylicy, wzdłuż osi strzałkowej lub bokiem od niej. Postrzałów tych widziałem niestosunkowo wiele, gdyż 15. Wiadomo bowiem, że te zranienia najczęściej bywają śmiertelne, i to tem pewniej, czem bardziej zbliżają się do osi strzałkowej — o ile chodzi o postrzały podłużne, a czem są bliższe potylicy — o ile chodzi o poprzeczne. Z chorych, należących do tej grupy, zmarło 9, wyzdrowiało 6, m. in. dwóch z postrzałami poprzecznymi przez czoło, a jeden z postrzałem podłużnym. Ten przypadek zasługuje na pewną uwagę.

6) Nsl. Przyjęty 25. X. 1914. Wlot na czole, dwa palce poprzeczne na lewo od linii środkowej i tyleż ponad linią brwi. Wylot na potylicy po tej samej stronie. Zupełne porażenie prawostronne. Niemota. Inteligencya w wysokim stopniu upośledzona. Czasami napady drgawek padaczkowych. Odleżyny. Obie rany ropieją. Po rozszerzeniu otworów w kości stwierdziłem, że z jamy czaszki leje się obficie ropa. W oba otwory wprowadziłem sączki na kilka cm. głęboko, nie natrafiając na opór. Zawiesina jodoformowa, wlana przez sączek czołowy, wylewa się przez sączek w potylicy. Wbrew wszelkiemu przewidywaniu rany postrzałowe poczęły się oczyszczać, gorączka opadła, odleżyny poczęły się goić. Napady padaczkowe ustąpiły bezpowrotnie. Inteligencya poczęła wracać (przedewszystkiem przestał chory oddawać mocz i stolec pod siebie). Po kilku miesiącach począł mówić, potem poruszać kończyną dolną, a wreszcie chodzić. Gdy 18 czerwca 1915 opuszczał szpital, z łatwością chodził, już tylko przy pomocy laski, również łatwo porozumiewał się z otoczeniem, a nawet czytał, lecz z niewielkim pożytkiem dla siebie, nie pamiętał bowiem treści strony dopiero co przeczytanej.

Postrzały ślepe bywają najczęściej niedokończonymi przestrzałami osiowymi. Spostrzegałem pięć przypadków. Wszystkie zadane kulami ze szrapneli. We wszystkich musiałem czynnie wkraczać, lecz tylko w jednym świadomie i celowo dążyłem do usunięcia pocisku.



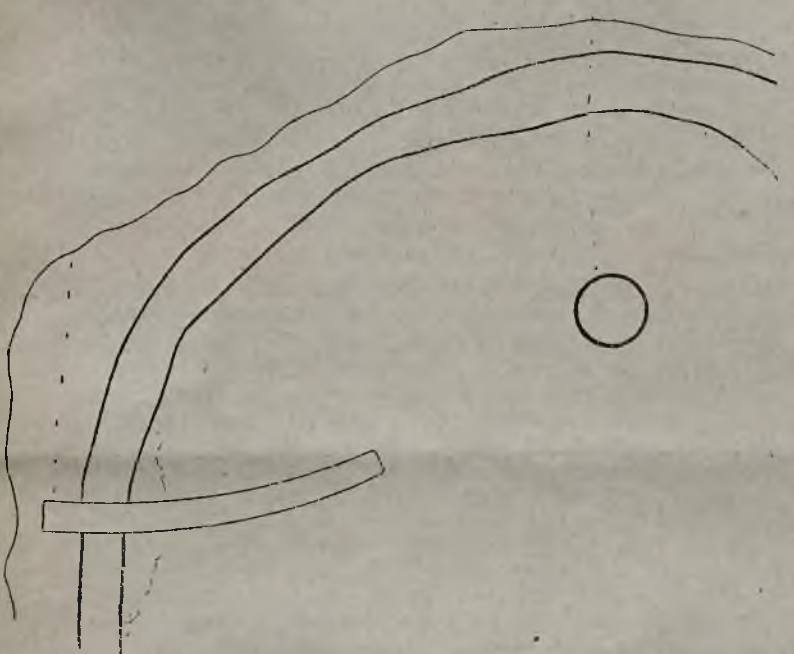
Rys. 1.

7) Ebl. Przyjęty 4. VII. 1915. Na szczycie czaszki na lewo od szwu strzałkowego w miejscu, odpowiadającem rowkowi cen-

tralnemu, w kościach czaszki utkwiła kula ze szrapnela, tak jednak, że tylko połowa pocisku wraz z wyłamanymi odłamkami kostnymi wstercza do jamy czaszki (Rys. 1). Prawostronny niedowład. 6. VII. wydłutowałem kulę i usunąłem wyłamane odłamki kostne. Przebieg pooperacyjny aseptyczny. Po kilku dniach ustąpił niedowład kończyny górnej. Po tygodniu chory chodził o lasce. 25. VII. ewakuowany ze śladem niedowładu w kończynie dolnej.

W 4 pozostałych przypadkach operowałem z powodu ropnego zakażenia rany. W trzech pocisk leżał powierzchownie, tak że usunięcie jego stanowiło w czasie operacyi szczegół uboczny. Wszyscy trzej chorzy zmarli. W jednym tylko przypadku do pocisku dotrzeć nie mogłem i ten właśnie chory wyzdrowiał.

8) Lup. Przyjęty 14. IX. 1914. Postrzał ślepy prostopadły na szczycie czaszki na prawo od szwu strzałkowego. Lewostronny niedowład, zwłaszcza kończyny górnej. Utrudnienie mowy. Rana zakażona obficie ropieje. 18. IX. »debridement« rany. Po usunięciu odłamków kostnych trafiono na ropień w mózgu. W ropie strzępy sukna (z czapki). Ropień schodzi w głąb i ku potylicy. Do pocisku, wykazanego rentgenoskopią (Rys. 2), bez znacznego uszkodzenia mózgu dotrzeć nie można. Sączki. 24. XI. 1914 rana pooperacyjna wygojona. Odtąd przez ciąg kilkumiesięcznej obserwacyi stan chorego stale, chociaż bardzo wolno poprawia się. Ustąpiły zaburzenia mowy, wróciła sprawność kończyny dolnej. Jedynie kończyna górna ciągle jeszcze była niedowładna. Pocisk wgojony, przez cały ten czas niczem nie objawiał swej obecności.



Rys. 2.

Statystyka moja jest za szczupła, aby nie miała pewnych cech przypadkowości. Dlatego też nie mogę na jej podstawie wyciągać jakichś wniosków o wpływie formy anatomicznej rany na łatwość jej zakażenia. Pewnie, że każda rana postrzałowa czaszki może uledz zakażeniu, łatwiej jednak rana rynienkowata, niż inna, gdyż w tych ranach powierzchnia, stykająca się bezpośrednio ze światem zewnętrznym, jest większa, niż w innych. Zresztą przemawiają za tem bogate w cyfry zestawienia. To był główny powód, dla którego wielu chirurgów po doświadczeniach wojny mandżurskiej uważało każdy postrzał rynienkowaty czaszki za zakażony i nadający się do operacyi. Pogląd ten, rozwijany jednostronnie, doprowadził wreszcie obecnie do tezy: »Każdy postrzał czaszki musi być bezwarunkowo (i natychmiast) operowany«. Teza ta, stosowana bezkrytycznie, rzemieślniczo, do każdej rany postrzałowej czaszki, bez względu na czas jej trwania, cechy anatomiczne, siedzibę, towarzyszące objawy kliniczne i t. d., nie wytrzymuje oczywiście krytyki. W odniesieniu jednak do ran świeżych i odpowiednio zmodyfikowana okazać się może bardzo pożyteczną. W powyższej tezie trzeba tylko słowo »operowany« zastąpić dwoma innemi: »troskliwie opatrzony«. To znaczy: 1) w każdym przypadku postrzału czaszki włosy na całej głowie krótko ostrzydz, a w szerokim obwodzie rany wzgl. ran wygolić; 2) z rany usunąć szczypczykami wszelkie dostrzeżone zanieczyszczenia, do których zalicza się także wolne odłamki kostne; 3) ranę, zwłaszcza rynienkowatą, luźno wytamponować strzępem gazy; 4) założyć dobrze leżący opatrunek, nieprzesuwający się podczas ruchów; 5) wewnętrznie podać 4—6 gr. urotropiny na dobę, dbać o regularne i obfite wypróżnienia; 6) rannego jak najdłużej pozostawić na miejscu w spokoju, ranieni bowiem w czaszkę źle znoszą transport. Oto przykład.

9) Sa., ranny 11. X. 1915. Postrzał segmentarny potylicy. Pomiędzy wlotem a wylotem postrzału, oddalonymi od siebie na 4 palce, kość nie połamana. 14. X. operowany z powodu objawów podnoszącego się ucisku śródczaszkowego. Przyczyną miało być krwawienie z uszkodzonej zatoki żylnej poprzecznej. Po usunięciu skrzepów miejsce krwawiące uciśnięto palcem, poczem krwawienie ustało. Przebieg pooperacyjny względnie pomyślny. Wieczorami często stan podgorączkowy. W 17 dni po operacyi nastąpił transport wygodnym wprawdzie pociągiem sanitarnym, lecz dwie doby trwający. Po tej podróży chory czuje się źle; podrażniony, skarży się na bole głowy. Następnego dnia ciepłota 38, trzeciego 39·4°. Przeczulica skóry głowy i karku. Rana wlotu dotychczas niezabliźniona, poczyna obficie ropieć, otoczenie jej obrzękłe i zaczerwienione, przeto 7. XI. 1915 ranę tę otworzyłem z powrotem. Przez otwór w kości wypukla się mózg (wypadnięcie wielkości orzecha laskowego). Na szczycie torbiel (pewnie wysięk zapalny otorbiony pod oponą surowiczą). U jego podstawy brudna ziarnina. Całą ranę, zwłaszcza u podstawy, dokładnie wytamponowano. Po dwóch dniach ciepłota spadła. Rana goiła się bez powikłań, w połowie grudnia była już zupełnie wygojona.

Po troskliwem opatrzeniu świeżej rany postrzałowej wstrzymać się należy od wszelkich dalszych zabiegów, nie nakazanych koniecznością. A zwłaszcza nie szyć rany postrzałowej! Volkmann, widząc w r. 1870/71 w Mannheimskim lazarecie studentów, szyjących rany postrzałowe, nie mógł opanować swego oburzenia i zwymyślał ich od »fuszerów« [1]). W 20 lat później chirurg tej miary, co Langenbuch, twórca cholecystektomii, na Zjeździe chirurgów niemieckich zaleca szew ran postrzałowych, jako metodę. Wykład ten wywołał tylko namiętną dyskusyę, nie przekonał jednak nikogo. Obecnie z tą samą propozycyą występuje Bárány. Zdaje się, że i tym razem myśl ta nie przyjmie się. Z rany zaszytej odpływ wydzieliny zostaje całkowicie wstrzymany. W tych warunkach najmniejsze zakażenie wyrządzić może nieobliczone szkody.

Pilna obserwacya tak opatrzonych pouczy, czy trzeba jeszcze coś dodać.

Tembardziej wyczekująco zachować się należy wobec dawniejszych ran postrzałowych czaszki. Rany te są albo aseptyczne, albo powierzchownie zakażone, albo też głęboko zakażone. Zabieg operacyjny w pierwszym przypadku jest zawsze bezcelowy, a ewentualnie stać się może szkodliwym; w drugim jest pożyteczny, o ile nie przekroczy granic sfery zakażonej; w trzecim jest ściśle wskazany i jako taki może niekiedy nawet życie ocalić choremu.

Aby jednak dojść do ścisłych wskazań, trzeba zwykle przynajmniej kilkudniowej obserwacyi, i to wspólnie z neurologiem, a przy pomocy rentgenologa.

Lecząc postrzały czaszki, powierzchownie zakażone, wystrzegać się powinniśmy odsłonięcia warstw niezakażonych, zwłaszcza opon. Najgłówniejszą troskę stanowi dokładne odprowadzenie wydzieliny ropnej z zaułków, co się udaje i bez pomocy rękoczynów krwawych.

Zabieg krwawy (do którego strony technicznej jeszcze powrócę) wchodzi w swe prawa w razie choćby prawdo-

---

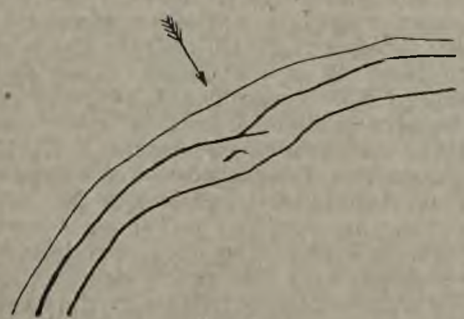
[1]) A. Buchholz. Ernst von Bergmann. Leipzig 1911 str. 200.

podobnego zakażenia ropnego tkanki mózgowej i podrażnienia kory mózgowej, zwykle zależnego od tego właśnie zakażenia.

Krwawienie śródczaszkowe, wymieniane pomiędzy wskazaniami do »trepanacyi« po postrzale tylko dla ścisłości, praktycznie prawie nigdy nie wchodzi w rachubę. To też przytoczone powyżej spostrzeżenię IX, w pierwszej swej połowie znane mi tylko z lakonicznych zapisków cudzych, stanowi pod tym względem rzadki wyjątek.

Również objawy poraźne nie powinny wpływać rozstrzygająco na wybór sposobu postępowania, chyba, że przy dłuższej obserwacyi okażą się postępującymi. Jeżeli bowiem zależą od zniszczenia odpowiednich okolic kory mózgowej, nie usunie ich żadna operacya. Jeżeli zaś przyczyną ich jest ucisk, ustąpić mogą bez jakiegokolwiek zabiegu.

10) Chbl. Przyjęty 5. X. 1914. Postrzał rynienkowaty poprzeczny przez szczyt czaszki. Całkowite porażenie obu konczyn dolnych. Na rentgenogramie widać wgniecenie odłamków kostnych do jamy czaszki (Rys. 3). Postrzał niezakażony. Na zaproponowaną operacyę chory nie zgadza się. A gdy obserwacya (kontrolowana przez neurologa kol. K. Orzechowskiego) wykazała pewną poprawę w objawach poraźnych, przestałem wogóle o operacyi w tym przypadku myśleć, i to tem łacniej, że w ciągu operacyi nieunikniona była kolizya z zatoką żylną podłużną. Ograniczyliśmy się do miesienia kończyn. Poprawa była stała i widoczna. Ostatecznie w czerwcu 1915 chory chodził. Istniejące jeszcze niedomagania były tak nieznaczne, że jedynie mógł je zauważyć fachowiec.



Rys. 3.

Jeżeli obok ojawów poraźnych wystąpią objawy podrażnienia kory mózgowej, o wyborze metody leczniczej rozstrzygają te drugie.

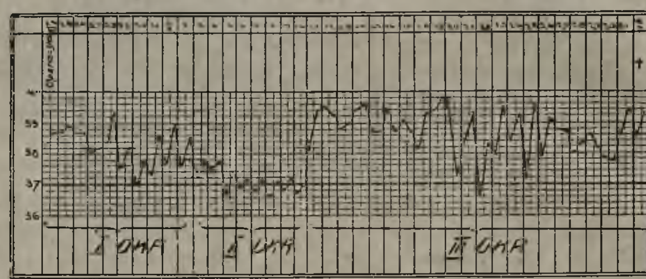
11) Mdr. Przyjęty 18. XII. 1915. Postrzał rynienkowaty poprzeczny szczytu czaszki, zbaczający jednak więcej na stronę lewą. Porażenie prawostronne całkowite. Częściowy niedowład kończyny dolnej lewej. Przebieg: Gorączka powyżej 38. Objawy poraźne nie ustępują. 5 i 6 stycznia 1915 parę napadów drgawek padaczkowych; zatem 7. I. 1915 operacya. Opróżniłem duży ropień mózgu w miejscu, odpowiadającem ranie zewnętrznej. W ropie wiele odłamków kostnych. Niektóre z nich usunąłem dopiero w kilka tygodni później. Jamę osączkowałem. Ciepłota opadała powoli. Porażenia z początku ustępowały szybko. Wreszcie wróciła prawidłowa sprawność kończyny górnej prawej i dolnej lewej. Kończyna dolna prawa pozostała niedowładną. Ruchy jej mają wybitne cechy bezładu (ataxia). Jakkolwiek od operacyi upłynęło już kilkanaście miesięcy, bezład ruchów tej kończyny utrzymuje się bez zmiany.

Prócz tego przypadku spostrzegałem jeszcze dwa inne przypadki padaczki po postrzale czaszki. Oba operowałem: odszukałem, opróżniłem i osączkowałem ropnie mózgu. Po operacyi drgawki nie wróciły w ciągu kilkutygodniowej obserwacyi, jakkolwiek obaj chorzy pomarli wśród objawów postępującego zakażenia tkanki mózgowej.

Wiadomo, że ropień mózgu istnieć może bez objawów. Mimo to bardzo często rozpoznajemy go, rozważając krytycznie najbłahsze nawet objawy, zauważone w ciągu dłuższej obserwacyi. Chirurgowi samo wejrzenie rany postrzałowej zewnętrznej i zachowanie się jej wydzieliny dostarczyć może ważnych wskazówek. Powziąwszy zaś raz podejrzenie ropnia, nie należy spocząć, dopóki sprawy przez naoczne badanie nie rozstrzygniemy.

Uważam, że nie jest to moment odpowiedni do roztrząsania dyagnostyki ropni mózgu. Wolę zwrócić uwagę na pewne szczegóły z przebiegu pooperacyjnego po opróżnieniu ropnia, względnie odsłonięciu ogniska zakaźnego w tkance mózgowej. Przebieg ten w wielu przypadkach jest niepomyślny, i to w typowy sposób. Spostrzegałem go kilkakrotnie. Wybieram typowy przykład.

12) Grsch., przyjęty 23. VII. 1915. Na potylicy po stronie prawej postrzał po cięciwie. Wlot od wylotu odległy na 4 palce. Kość między obiema ranami pogruchotana na drobniutkie odłamki. Z ran sączy się rozmiękła, brudno-krwawa, kwaśno cuchnąca tkanka mózgowa. Chory częściowo tylko przytomny. Ciepłota dochodzi do 39°. (Rys. 4). Tętno odpowiednio szybkie.



Rys. 4.

Wyzyskując istniejące jeszcze szanse, połączono jednem cięciem wlot z wylotem i usunięto wolne odłamki kostne. Następnie wyrównano brzegi otworu w kości, póki nie odsłoniła się zdrowa opona twarda. Jamę, powstałą po wypłukaniu fizyologicznym rozczynem soli kuchennej rozmiękłej tkanki mózgowej, wypełniono luźno gazą jodoformową. Po operacyi jeszcze przez kilka dni chory gorączkował, mimo to stan ogólny jego znacznie się poprawił. Wreszcie i gorączka ustąpiła niemal zupełnie, chory psychicznie i fizycznie sprawiał bardzo korzystne wrażenie. Wejrzenie rany nie pozostawiało wogóle nic do życzenia. Zastanawiała nas tylko jej znaczna głębokość. Nieoczekiwanie 19. dnia po operacyi ciepłota podskoczyła do 39°. Równocześnie jama w mózgu stała się znacznie płytszą. Po trzech dniach wytworzyło się już wyraźne wypadnięcie mózgu, które później jeszcze znacznie się powiększyło. Stan ogólny chorego odpowiednio pogorszył się. Wysoka gorączka utrzymała się aż do śmierci, która nastąpiła w 40 dni po operacyi. W ostatnim okresie cierpienia chory wychudł jak szkielet.

Jak w opisanym wypadku, tak i w wielu innych analogicznych, »in decursu morbi« zaznaczają się wyraźnie trzy okresy. W okresie pierwszym, zwykle kilkudniowym, tuż po operacyi, ranny gorączkuje, stan ogólny jednak widocznie się poprawia. W okresie drugim ciepłota prawidłowa lub podgorączkowa, stan ogólny dobry, chory mniema, że wszelkie niebezpieczeństwa ma poza sobą. Łudzi się wraz z nim nierzadko lekarz. Okres ten trwa od kilku dni do paru miesięcy, średnio dni kilkanaście. Przejście w okres trzeci bywa zwykle nieoczekiwane, a początkiem jego jest nagły skok ciepłoty. Bardzo znamiennym objawem tego okresu jest wypadanie mózgu. W przeciągu kilkunastu dni chory, najlepiej nawet odżywiony, a w ciągu choroby możliwie dobrze żywiony, wysycha szybko jak szkielet.

Temu przebiegowi klinicznemu towarzyszą odpowiednie zmiany anatomiczne, opisane dokładnie przez Weichselbauma [1]), Tłem anatomicznem objawów I. okresu jest zakażenie powłok czaszki, a często także ograniczone do najbliższego otoczenia rany zapalenie opon. Po rozszerzeniu i osączkowaniu ran zakażenie na powierzchni przygasa, szerzy się jednak bez przeszkody w tkance mózgowej (jako

[1]) Wiener klinische Wochenschrift 1915. Offic. Protok.

ropień lub ognisko zapalne [encephalitis]), co, jak wiadomo, dziać się może bez objawów klinicznych. Stąd w II. okresie natężenie objawów chorobowych słabnie, aż do pozorów zdrowia. Stan ten trwa tak długo, póki zakażenie nie dojdzie do najbliższej komory mózgowej. Z chwilą zakażenia wyściółki komory, czego wyrazem jest ostre wodogłowie (hydrocephalus acutus internus vel pyocephalus), rozpoczyna się okres trzeci. Ostre wodogłowie jest przyczyną wypadania mózgu. Z komory, za pośrednictwem splotów żylnych i szczelin fizyologicznych, zakażenie przenosi się na opony mózgowe i to przedewszystkiem na podstawie mózgu. Dopiero później — o ile chory przedtem nie umrze — zajęte zostają także opony na powierzchni wypukłej mózgu.

Okres II. bywa niekiedy tak długi i tak dalece pozbawiony objawów chorobowych, że wybuchający nagle — pozornie wśród zupełnego zdrowia — okres trzeci jest raczej **wznowionem zakażeniem tkanki mózgowej**. Spostrzegałem tylko jeden taki przypadek, i to przygodnie. Chory L. K., operowany w jednym ze szpitali lwowskich z powodu rany postrzałowej czaszki przed czterema miesiącami. Po wygojeniu się rany uważany był za zupełnie zdrowego. Nagle zachorował wśród objawów zapalenia opon mózgowych. Umarł w kilkanaście **godzin** później. Kilka analogicznych przypadków znam z opowiadania lekarzy. Przyczyną tego fatalnego powikłania są prawdopodobnie drobne odłamki kostne, spotykane zawsze w ropniach postrzałowych mózgu, wgojone w tkankę mózgową. Bakterye, które pod ich osłoną zapadły niejako w letarg, z niepoznanych jeszcze bliżej przyczyn odzyskują swą jadowitość i rozniecają śmiertelne zakażenia, klinicznie będące nowym procesem, anatomicznie jednak tylko trzecim aktem tragedyi, której dwa akty właśnie rozegrały się.

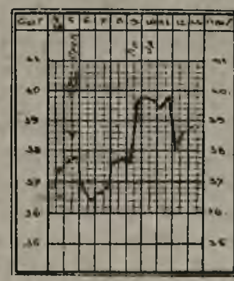
Przypadki wznawiającego się zakażenia mózgu zbyt często się powtarzają, abyśmy bez zastrzeżeń przyjąć mogli za ostateczne wyniki; podawane przez Bárányego, Marescha i t. p., oceniane z odległości co najwyżej 30 dni!

Nakazany wskazaniami klinicznemi **rękoczyn chirurgiczny** wykonać należy jak najoględniej. Postępowałem zwyczajnie w ten sposób, że odpowiednio przygotowane pole operacyjne okłuwałem w około sposobem Heidenhaina i ranę czepca rozszerzałem w najkorzystniejszym w danym przypadku kierunku. Po zesunięciu czepca otwór w kościach rozszerzałem kleszczykami Horsleya, których jedno ramię, zupełnie płaskie i kątowato odgięte, wsuwałem między opony i kość bez ugniecenia mózgu. Otwór w kości rozszerzałem dopóty, dopóki we wszystkich kierunkach nie odsłoniłem zdrowej opony twardej. Zasunąwszy w całym obwodzie strzępy gazy aseptycznej pomiędzy opony i kość, przystępowałem do rewizyi rany mózgu. Najodpowiedniejszym przyrządem do badania postrzałów mózgu okazał się po wielu doświadczeniach palec, jakkolwiek jest to przyrząd najmniej aseptyczny. Badanie palcem jest dlatego nieocenione, że tylko palcem wykryć zdołamy wszystkie odłamki kostne, kryjące się w ścianach jamy ropnia i tylko palcem kontrolując łyżeczkę lub szczypczyki, usunąć je stamtąd możemy z jak najmniejszem uszkodzeniem tkanki nerwowej. A każdy, kto bliżej interesował się tą sprawą, przyzna, że wyszukiwanie i usuwanie odłamków w tych przypadkach nie jest ani proste, ani łatwe.

Do oczyszczonej jamy ropnia wprowadzałem zwykle dwa cienkie sączki gumowe, a obok nich nieco gazy jałowej. Jeżeli sprawa przebiegała korzystnie, sączki czyniły zupełnie zadość zadaniu na nie włożonemu. Jeżeli jednak zakażenie postępowało dalej i mózg poczynał wypadać, sączki wypowiadały posłuszeństwo i najczęściej wypadały z rany. Jestem jednak przekonany, że przypadki te skończyłyby się źle nawet wówczas, gdybym za radą Bárányego do sączkowania ropnia mózgu użył skrawków guttaperchy.

Jak w ciągu operacyi, tak i przy zmianie opatrunku postrzałów mózgu trzeba być oględnym. Eiselsberg zauważył w niektórych przypadkach po operacyi nowotworów mózgu nagłe pogorszenie w związku z pierwszą zmianą opatrunku, polegającą na usunięciu z jamy mózgu gazy tamponującej. Może fatalne pogorszenie, zauważone w jednym z moich przypadków, również pozostawało w zależności od zmiany opatrunku?

13) Pr., przyjęty 4. VII. 1915. Postrzał rynienkowaty czoła, zakażony. Niema żadnych objawów nerwowych. 5. VII. rozszerzenie rany postrzałowej. Bardzo głęboką jamkę w mózgu wytamponowano luźno gazą jodoformową. Przez dwa następne dni stan chorego, podmiotowy i przedmiotowy, zupełnie pomyślny. Ponieważ trzeciego dnia po operacyi ciepłota podniosła się do 37·7° (Ryc. 5), a następnego dnia rano **nie** obniżyła się wybitnie,



Ryc. 5.

zmieniłem opatrunek. Dawniejszy seton usunąłem, a wprowadziłem świeży. Wieczorem tegoż dnia ciepłota podniosła się do 40°. Chory utracił przytomność i nie odzyskał jej aż do śmierci.

Jeżeli w tym przypadku istniał rzeczywiście jakiś związek przyczynowy między zmianą opatrunku a nagłem pogorszeniem, to było to zdarzenie tak wyjątkowe, że nie może skłonić nas do jakiejś zasadniczej zmiany w opatrywaniu jam ropnych mózgu. Eiselsberg po takiem doświadczeniu począł rany pooperacyjne zaszywać na głucho, bo to były rany aseptyczne. Rany, o których tu mowa, muszą być sączkowane, bo są zakażone. Należy tylko unikać wszelkiego gwałtu tak przy wyjmowaniu dawnych, jak i przy wprowadzaniu nowych tamponów.

Com dotychczas powiedział, streścić mogę w niewielu słowach. Rany postrzałowe drążące czaszki, pierwotnie często jałowe, bardzo często ulegają następowemu zakażeniu. Tylko rany zakażone powinny być operowane (»debridement«), i to tylko wówczas, gdy odpowiednio długa obserwacya wykaże, że mimo troskliwe opatrywanie zakażenie szerzy się w kierunku do jamy czaszki. Nie zapominajmy, że najradykalniejsza nawet »trepanacya« nie usuwa zakażenia istniejącego. Ona stwarza tylko warunki, które mogą utrudnić dalsze szerzenie się zakażenia. Natomiast każdy zabieg krwawy, urażając tkanki, obniża ich odporność, a tem samem pozbawia ustrój najdzielniejszego środka odkażającego.

O leczeniu ran postrzałowych brzucha na stacyach opatrunkowych.

Napisał

Dr. Feliks Hahn,

c. k. lek. sztab., komendant zakładu sanitarnego dywizyi piechoty [1]).

Reguły lecznicze wysnuć można było z wielkiej liczby doświadczeń. Doświadczenia jednostki uważać można zatem

---

[1]) Wykład z dnia 26/I 1916 r. na zgromadzeniu niemieckich i austryacko-węgierskich wojskowych lekarzy chirurgów niemieckiej armii południowej.

za cegiełki do przyszłej wielkiej budowy, do której stworzenia powołany jest ogół chirurgów polowych. Taką cegiełkę i my tu składamy.

Powszechnie wiadomą jest rzeczą, jaki stopień niebezpieczeństwa przedstawiają rany postrzałowe brzucha. Zajmują one w tym względzie pierwsze miejsce po ranach postrzałowych czaszki, albowiem gdy — według rozmaitych zestawień statystycznych — mniej więcej u połowy poległych przyczyną śmierci są postrzały czaszki, to około 20% przypada na postrzały brzucha, a z rannych tej kategoryi, przybywających do stacyi opatrunkowej, jeszcze przeszło 50% stoi pod grozą śmierci.

Istotnie też wynika z naszych zapisków, że z 247 przypadków ran postrzałowych brzucha, przybyłych do stacyi opatrunkowej w czasie od początku wojny do stycznia 1916 r. 130, a zatem 52·65%, zmarło na stacyi samej lub w drodze do niej.

Ponieważ jednak, jak uczy doświadczenie, także postrzały powłok brzusznych jakoteż inne nieznaczne uszkodzenia, nie wchodzące w zakres naszych wywodów, bardzo często bywają określane mianem ran postrzałowych brzucha, można przyjąć z wielkiem prawdopodobieństwem, że ze stacyi opatrunkowych nie połowa, lecz tylko może $^1/_4$ tam przybyłych prawdziwych ran postrzałowych brzucha zostaje odwożona do szpitali polowych.

Wnosząc z naszych doświadczeń, orzecby można, że z zachodzących na stacyi opatrunkowej przypadków śmierci wskutek postrzałów mniej więcej połowa przypada na rany postrzałowe brzucha, $^1/_4$ na postrzały czaszki, a $^1/_4$ na inne rany postrzałowe.

Ze zmarłych bowiem 274 postrzałów (częścią w drodze do zakładu naszego, częścią zaś w zakładzie samym) przypada na

postrzały brzucha	130, tj.	47·44%,
» czaszki	70, »	25·55%,
» innych części ciała .	74, »	27·01%.

Skoro jednak odwrócimy wzrok od smutnego obrazu śmiertelności i skierujemy go na częstość tych uszkodzeń, pozbędziemy się przygniatającego uczucia, gdy się przekonamy, że należą na szczęście do uszkodzeń rzadkich i że stanowią razem z postrzałami miednicy tylko 10%, a po odtrąceniu tychże, jakoteż ran części miękkich, zaledwie 5%.

Ponieważ bardzo zbawienne na ogół leczenie zachowawcze w polu zostało rozszerzone także i na rany postrzałowe brzucha, uważano te uszkodzenia aż do wybuchu obecnej wojny jako »noli me tangere« w prawdziwem tego słowa znaczeniu.

Takie poglądy Küttnera i v. Oettingena znalazły też wyraz w książce służbowej »N—16« z r. 1909 i bez zmiany w drugiem jej wydaniu z r. 1914.

Tymi przepisami mieliśmy ręce tak długo związane, aż na podstawie obdukcyi doszliśmy do przekonania, że skutkiem ogromnych uszkodzeń wnętrzności, większość postrzałów brzucha żadną miarą zachowawczo nie może być wyleczona. Okazało się bowiem przy sekcyach, że tak często wspominane małe otwory w jelicie z owym słynnym »czopem błony śluzowej« (Schleimhautpropf) należą do ogromnych rzadkości. W największej liczbie przypadków mogliśmy raczej stwierdzić ciężkie anatomiczne uszkodzenia jelit i krezki, a mianowicie nietylko liczne wielkie otwory, lecz także przestrzały i odstrzały (Abschüsse) śledziony i wątroby i t. p. inne uszkodzenia. Mimoto długo jeszcze byliśmy bezradni wobec tego rodzaju uszkodzeń, gdyż przywożono do nas tych rannych zwykle wówczas, kiedy zabieg chirurgiczny był już zupełnie bezcelowy i nie miał żadnych widoków powodzenia.

Dopiero, gdyśmy uzyskali zarządzenie władzy, że lekarze, pełniący służbę przy stacyach pierwszej pomocy (Hilfplätze), powinni rannych tego rodzaju odstawić czemprędzej do zakładu i przez to mieliśmy sposobność tu i ówdzie jeszcze wczas operować, odetchnęliśmy spokojnie.

Liczne wyniki operacyi i sekcyi pouczyły nas, że w szczególności uszkodzenia żołądka i jelit są głównemi wskazaniami do operacyi. Najniebezpieczniejsze są w każdym razie uszkodzenia jelit, widzieliśmy bowiem postrzały żołądka z małymi otworami, które przy bezwzględnym spokoju byłyby się może zagoiły także bez zabiegu chirurgicznego. Również i niektóre postrzały śledziony i wątroby można bez wątpienia wyleczyć sposobem zachowawczym.

Zgrzeszylibyśmy jednak, gdybyśmy operowali tylko postrzały jelit, ewentualnie i żołądka, albowiem najlogiczniejsze wnioski (oparte na wyglądzie uszkodzenia i kierunku, w jakim pocisk przypuszczalnie przeszedł przez ciało, następnie na pozornie dobrym stanie chorego, na przedmiotowych i podmiotowych objawach), ba nawet najsprytniejsze i najgenialniejsze, na klinicznych spostrzeżeniach i licznych doświadczeniach oparte przypuszczenia, że w danym przypadku prawie z pewnością ten lub ów narząd przez pocisk został uszkodzony, czy też nietknięty — bywają bardzo często doprowadzane »ad absurdum«.

Możemy zatem śmiało twierdzić, że we wszystkich nie całkiem jasnych przypadkach można uzyskać pewne rozpoznanie tylko przy otwarciu jamy brzusznej.

Jeżeli przytem zważymy, iż przy przestrzeganiu ścisłej aseptyki otwarcie jamy brzusznej rannemu na wojnie taksamo małą szkodę przynosi, jak to wiemy z próbnych laparotomii w czasie pokoju, to nasuwa się nam według powyższych wywodów — sama przez się *konieczność otwarcia brzucha przy każdym postrzale jamy brzusznej, bez względu na to, czy zachodzi uszkodzenie wnętrzności, czy nie.* Dla szybkiego zoryentowania się modyfikujemy podaną przez G. Perthesa [1]) klasyfikacyę ran postrzałowych brzucha i proponujemy następujący podział: A) postrzały powłok brzusznych, B) postrzały jamy brzusznej. Przy tych drugich należałoby odróżnić: a) z uszkodzeniem i b) bez uszkodzenia narządów wewnętrznych (wątroba, śledziona, żołądek, jelita).

Postrzały powłok brzusznych należy leczyć zachowawczo, wszelkie jednak postrzały jamy brzusznej chirurgicznie.

Na początku wojny trzymano się jeszcze reguły z czasów pokoju o 12-godzinnym terminie operacyjnym. Popełnionoby jednak błąd zasadniczy, gdyby uzależniano operacyę od chwili, kiedy ranny przybył do zakładu, gdyż nietylko my, ale także i liczni inni chirurdzy wyleczyli i takie postrzały brzucha, które znacznie później, a nawet po upływie dwóch dni, poddano operacyi.

Znaną jest rzeczą, że najlepsze wyniki dają operacye, wykonane w pierwszych godzinach po zranieniu, niemniej znanym jest fakt, że z każdą godziną rokowanie się pogarsza. Bardzo poglądowo przedstawia to zestawienie Kraskego, wykazujące, że z operowanych w ciągu pierwszych 12 godzin ocalono $^3/_4$, w ciągu drugich 12 godzin $^2/_4$, a w ciągu trzecich 12 godzin już tylko $^1/_4$ ran postrzałowych brzucha. Nie powinniśmy się zatem nigdy kierować obawą zepsucia statystyki wyleczeń, jeżeli mimo przedsięwziętej operacyi nastąpi zejście śmiertelne, lecz powinniśmy i musimy, skoro raz nabyliśmy przekonania, że tylko operacya może rannego ocalić, operacyę tę wykonać, bez względu na czas, jaki upłynął od chwili zranienia.

Stanowczo stwierdzonych przypadków zapalenia otrzewnej jakoteż beznadziejnych przypadków nie należy operować, gdyż zabieg chirurgiczny byłby spóźniony.

Że nie jesteśmy bezwzględnymi zwolennikami wyłącznego operowania, wynika z tego, że: 1) nad każdym postrzałem brzucha lekarze zakładowi odbywają natychmiast naradę co do zastosować się mającego leczenia; 2) że leczyliśmy w zakładzie bardzo wiele postrzałów brzucha zacho-

---

[1]) Münch. med. Wochschr. 1915, Nr 13, 2. M. m. W. 1915, Nr 39.

wawczo z najlepszymi wynikami; mieliśmy jednak pewność, iż w żadnym z tych przypadków nie zachodziło uszkodzenie wnętrzności.

Przy przeglądaniu odnoszącej się do tego literatury wojennej stwierdzamy pocieszający fakt, że z wyjątkiem nielicznych chirurgów (Angerer, Schliep, J. Frank, Payer, lek. pułk. Christian, H. Albrecht i i.)[1], którzy jeszcze ciągle zalecają leczenie zachowawcze, większość należy do zwolenników zabiegu chirurgicznego (Demmer, Flörcken, G. Perthes, Garré, Körte, Kötzle, Kraske, Koerber, A. W. Mayer, Basl, Läwen itd.)[2]. Skoro zaś Friedrich powiada, że przy pomocy operacyi więcej. niż 65%, można ocalić, a wówczas przyzna, że operacya jest uzasadniona, to mamy nadzieję, że wkrótce i on się nawróci.

Wnioski:

1) Ze stacyi pierwszej pomocy (Hilfsplätze) należy każdy postrzał brzucha najrychlej i jak najostrożniej przewieść do dywizyjnego zakładu sanitarnego i równocześnie ten zakład zawiadomić o tem telefonicznie.

2) W zakładzie należy. gdzie tylko zachodzi możność, urządzić lokal dla operacyi aseptycznych. Naturalnie przyjmuje się z góry, że w zakładzie znajdują się wykształceni chirurdzy. Przytem zauważamy, że w zakładzie tylko wówczas można spokojnie i z pożytkiem dla rannych operować, jeżeli jest umieszczony poza obrębem ognia artyleryi.

3) Każdy taki przypadek powinien być bezzwłocznie przez lekarzy zakładowych »consiliariter« badany i jeżeli zabieg chirurgiczny okazuje się koniecznym, należy natychmiast przystąpić do operacyi.

4) Z przewozem chorego po operacyi należy czekać, aż operowany dojdzie do stanu, dozwalającego na przewóz.

Z głównego zakładu rentgenowskiego c. k. Szpitala powszechnego w Wiedniu.

Doświadczenia rentgenologii wojennej

podał

Dr Henryk Wachtel

sekundaryusz szpitala, obecnie kierownik pracowni rentgenologicznej w c. i k. Szpitalu rezerwowym »Wiedeń« Nr 6 w Trydencie.

Jednej z najmłodszych gałęzi wiedzy lekarskiej, rentgenologii, przypadła w obecnej wojnie wybitna rola. Niezliczone rany postrzałowe, setki wewnętrznie chorych (płuca, serce i t. d.) poddaje się badaniu promieniami Röntgena, a uzyskane w ten sposób przedmiotowo prawdziwe wyniki rozstrzygają o rokowaniu i sposobie leczenia chorego. Wszystkie mocarstwa, prowadzące obecną wojnę, posługują się w medycynie wojennej urzędowo rentgenologią. W Austryi i w Niemczech posiadają armie cały szereg zakładów rentgenowskich ruchomych (polowych) i stałych. Największym stałym zakładem rentgenowskim państw centralnych jest »Główny zakład rentgenowski »c. k. Szpitala powszechnego w Wiedniu (w pierwszym roku wojny około 8000 wojennych chorych).

Rentgenologia czasów pokojowych nie wystarczała dla celów wojennych. Musiano rozstrzygnąć szereg zagadnień, które w praktyce pokojowej miały znaczenie drugorzędne, w praktyce wojennej jednak nabrały wielkiej wagi. Różne względy grały tu rolę. Przedewszystkiem nie wystarczyła liczba wykształconych lekarzy-rentgenologów. Liczba chorych wzrosła skutkiem wojny tysiąckrotnie, a wykształconych rentgenologów było już w czasach pokojowych za mało. Musiały się więc metody rentgeniczne o tyle dostosować, aby i mniej wyspecyalizowani lekarze i personal (nierzadko profesorowie gimnazyalni, technicy, samarytanki i t. p.) mógł się z pożytkiem wywiązać ze swego zadania.

Metody rentgeniczne uległy dalej uzupełnieniu. W czasach pokojowych zdarzały się rzadko przypadki, gdzie pocisk (ciało obce) pozostawał w badanym ustroju. Metodyka wykrywania i określania siedziby (lokalizacyi) ciał obcych była trudna, żmudna i często zawodziła. Wojna dostarcza codzień dziesiątki postrzałów, gdzie pocisk lub jego ułamki utkwiły w ciele. Sposoby oznaczenia siedziby ciał obcych musiały więc uledz nowemu opracowaniu, by zadość uczynić wzmożonym wymaganiom.

W czasie pokoju mógł chirurg łatwo zliczyć, ile przez rok wyjął ciał obcych z chorych (ułamki szpilek i igieł, ciała obce w przełyku, tchawicy, wypadki fabryczne i t. p.). W chirurgii wojennej jest wydobywanie głęboko tkwiących pocisków na porządku dziennym. Rentgenologia stara się pomódz w opracowaniu tego tak aktualnego, a dotąd mało opracowanego zabiegu chirurgicznego, który nawzajem jest niejako sprawdzianem rozpoznania rentgenicznego.

Obrazy złamań kości badano dokładnie w czasach pokojowych. Wojna przyniosła jednak nowe postacie, które rzadko w pokoju spotykano. Zagadnienie, kiedy można złamaną kość uznać rentgenicznie za zdolną do swych zadań, staje przed nami bardzo często w formie wniosku, potrzebnego dla komisyi superarbitrujących.

W ciągu wojny udało się rentgenicznie wykazać ropowice gazowe.

Medycyna wewnętrzna posługuje się chętnie rentgenologią w przypadkach chorób płucnych i sercowych. Dla celów wojskowych stał się przedmiotowy dowód zmian chorobowych w płucach, sercu, a w ostatnim czasie także w żołądku, niezbędnym czynnikiem przy ocenianiu zdolności do służby polowej.

Próbowano też leczenia ran promieniami Röntgena.

Tak szeroki zakres zastosowania przyniósł rentgenologii obfity plon. I nasz ofity materyał pozwolił wyjaśnić wiele punktów. Wyniki zostały już częścią ogłoszone w szeregu prac, częścią podam je tu poraz pierwszy.

Pociski tkwiące w ciele.

Mniej więcej u jednej trzeciej rannych w obecnej wojnie stwierdza się przy badaniu rentgenicznem obecność pocisku lub jego ułamków w ciele (Köhler, Wachtel). U 25% naszych chorych było obojętne, gdzie się pocisk w ciele znajduje (brak objawów, położenie bez znaczenia, bardzo małe ułamki). W 75% przypadków było rzeczą wielkiej wagi dokładnie stwierdzić, gdzie się pocisk znajduje.

Obecność w ciele metalowego ciała obcego (wszystkie pociski nowoczesnej broni są widzialne w świetle rentgenicznem) można stwierdzić zarówno zapomocą prześwietlenia promieniami, jak i (w trudniejszych przypadkach, przy bardzo małych ułamkach pocisku) zapomocą fotografii rentgenicznej. Na dobrej płycie rentgenicznej widać każdą, nawet najdrobniejszą cząstkę pocisku. Dlatego jest stosunkowo łatwo stwierdzić obecność pocisku w ciele. Daleko trudniejsze jest dokładne oznaczenie jego siedziby (lokalizacya).

Promienie Röntgena rozchodzą się z miejsca, gdzie powstają (ognisko lampy rentgenowskiej) prostolinijnie

---

[1] M. m. W. 1914, Nr. 1 i 2, D. militärärztt. Zeitschr. 1914, Nr. 9, W. m. W. 1915, Militärarzt. Nr. 7, M. m. W. 1915, Nr. 12.

[2] W. m. W. 1915. Militärarzt. Nr. 12, M. m. W. 1915, Nr. 7, 13, 16, 17, 19, 22, 29. 34, 37. 39.

w przestrzeni. Obraz rentgeniczny jest sylwetką ciał, które promieni nie przepuszczają. Sylwetka ta jest, podobnie jak cień przedmiotów w świetle świecy, powiększonym obrazem rzeczywistości. Obraz ten jest zwykle powiększony nierównomiernie i przesunięty zależnie od położenia względem siebie ogniska światła, ekranu i ciała prześwietlanego. Dlatego nie wolno przy oznaczaniu siedziby ciał obcych polegać na obrazie rentgenicznym, otrzymanym zwykłym sposobem. Podobnie jak geograf oznacza wysokość niedostępnego szczytu górskiego z równiny przy pomocy szczególnych przyrządów, tak i rentgenolog musi, stosując matematycznie opracowane metody, z nienaturalnie wykrzywionych sylwetek płyty odczytać rzeczywiste położenie ciała obcego w ciele.

Dotąd podano przeszło 270 sposobów lokalizacyi rentgenicznej. Już ta liczba wskazuje, że zadanie to nie było łatwe i że metody nie odpowiadały potrzebom. Wnet po wybuchu wojny powiodło nam się opanować trudności i Holzknecht mógł polecić trzy sposoby oznaczania siedziby ciał obcych, które, kombinowane ze sobą, nigdy nie zawodzą.

1. Oznaczenie siedziby przez ciągły obrót (Holzknecht i Grünfeld) posługuje się prześwietlaniem. Badaną część ciała obracamy tam i z powrotem, aż znajdziemy położenie, w którem na ekranie oddalenie ciała obcego od konturu skóry (stwierdzenie stosunku ciała obcego do powierzchni ciała) wydaje nam się najmniejszem, lub takie położenie, w którem oddalenie ciała obcego od kości wydaje nam się największem (stwierdzenie stosunku do kośćca). Zapomocą nieprzepuszczalnej dla promieni laseczki (ołówek czerwony z miniową duszą, metalowy zgłębnik i t. p.), którą suwamy po skórze chorego, znajdujemy punkt, gdzie widzimy laseczkę na ekranie, tylko końcem dotykającą skóry. W innych punktach przedstawia się laseczka skutkiem skrzywienia obrazu na ekranie tak, jakby tkwiła krótszym lub dłuższym kawałkiem w ciele chorego. Znaleziony punkt znajduje się pionowo nad ciałem obcem, które mniej więcej tyle centymetrów leży pod nim w ciele, ile wynosi na obrazie ekranu odległość końca laseczki od ciała obcego. Na milimetr dokładnie da się oznaczyć tą odległość, jeśli według Robinsohna na laseczce umieścimy metalowy suwak. Suwak ten widzimy na ekranie. Nastawiamy go tak, by na obrazie ekranu odległość od końca laseczki, dotykającego skóry, do suwaka równała się odległości od końca laseczki do ciała obcego. W zwykłem świetle odmierzamy centymetrem nastawioną suwakiem odległość na laseczce i otrzymujemy w ten sposób dokładnie głębokość, w której ciało obce leży pionowo pod znalezionym punktem na skórze. Punkt ten oznaczamy lapisem lub innym sposobem. (Teoretyczne przesłanki tej metody patrz: Holzknecht, Münchener mediz. Wochenschrift 1914, Nr 45).

Metoda ta nie nadaje się do ciał obcych, tkwiących głęboko w ciele. Kontur skóry zlewa się na ekranie z obrazem końca laseczki, co sprawia, że często nie mamy pewności, czy istotnie znaleźliśmy punkt skóry, najbliższy ciału obcemu. Jeżeli jednak zdołamy przez pociskanie końcem laseczki na znaleziony punkt skóry wywołać na ekranie ruchy ciała obcego, możemy być pewni, że rozpoznanie jest dobre. Tak poruszalne ciała obce dają się, jak wykazałem, najlepiej wydobyć z punktu największej poruszalności. Ciała obce, tkwiące głęboko w ciele, nie dają oczywiście objawu poruszania się na ekranie; rozpoznanie tą metodą jest więc w tych przypadkach często niepewne.

2. Metoda prześwietlania w dwóch krzyżujących się kierunkach z oznaczeniem punktów, gdzie promienie, rysujące na ekranie ciało obce, wchodzą i wychodzą z ciała chorego (Levy-Dorn).

3. Umiejscawiacz zawieszonych znaków (Schwebemarkenlokalisator, Wachtel) stanowi najwyżej rozwinięty człon długiego łańcucha metod, które, opierając się na matematycznych przesłankach, określają siedzibę pocisku zapomocą podwójnej fotografii rentgenicznej. Zamiast wymaganego przez inne metody fotograficzne dokładnego mierzenia wysokości ogniska lampy rentgenicznej nad płytą fotograficzną, jak również dokładnego odmierzania wielkości przesunięcia lampy o wymaganą ilość centymetrów przed drugiem zdjęciem fotograficznem, mamy przyrząd z trzema (»zawieszonymi«) dla promieni nieprzepuszczalnymi znakami. Wielkość i położenie obrazów tych metalowych znaków na fotografii zależy od położenia w przestrzeni, w którem się znajduje ognisko lampy rentgenicznej w chwili fotografowania. Wobec tego można przy pomocy tych obrazów odczytać z płyty położenie ogniska; zbędnem jest więc dokładne nastawianie lampy przed fotografowaniem. Zawieszone znaki nad chorym fotografują się w chwili zdjęcia, a z wielkości i z przesunięcia ich obrazu na płycie wyczytujemy najdokładniej wszelkie dane matematyczne, potrzebne do oznaczenia siedziby ciała obcego.

W drewnianem (przepuszczalnem dla promieni) ramieniu przyrządu znajduje się 30 cm nad płytą fotograficzną 1·5 cm długi zawieszony znak. Ramię to nastawia się nad chorym dowolnie w obrębie płyty fotograficznej. Z części ciała, w której przypuszczamy obecność ciała obcego, robimy dwa zdjęcia na jednej płycie. Lampa znajduje się przy tem w dowolnej wysokości nad chorym. Przed drugiem zdjęciem przesuwa się ją poziomo dowolnie daleko w dowolnym kierunku. Na gotowej płycie widać wszystko fotografowane dwa razy. Centymetrem odmierza się cztery odległości: a) wielkość jednego obrazu zawieszonego znaku, b) odległość obu obrazów zawieszonego znaku, od siebie, c) odległość obrazu ciała obcego z pierwszego naświetlenia od środka obrazu zawieszonego znaku z pierwszego naświetlenia, d) odległość obu obrazów ciała obcego od siebie. Na podstawie otrzymanych liczb wyczytuje się z dodanej do przyrządu[1]), umyślnie obliczonej tablicy krzywych wszystko, czego trzeba do oznaczenia siedziby ciała obcego (głębokość ciała obcego w ciele, punkt pionowo nad ciałem obcem, stosunek do kośćca i t. d.). Wszystko odbywa się automatycznie i tak prosto, że w zakładzie naszym wykonują samarytanki najtrudniejsze oznaczenia bez zarzutu zapomocą umiejscawiacza zawieszonych znaków. Rozpoznanie z płyt robi lekarz. Wyniki zgadzają się na milimetr z rzeczywistością. (Teoretyczne przesłanki: Münchener mediz. Wochenschr. 1914, Nr 47. Feldärztl. Beilage i Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen XXIII. Heft 5).

Wobec tego, że przy oznaczaniu siedziby pocisków wskazana jest jak największa dokładność rozpoznań, okazała się zbędną metoda prześwietlenia w dwóch krzyżujących się kierunkach, która miała służyć do tymczasowych rozpoznań.

Posługując się temi metodami, uzyskaliśmy bardzo dobre wyniki, co wykazałem na materyale z półrocznego okresu wojny (Mediz. Klinik 1915, Nr 20). W 60% przypadków wystarczało prześwietlenie z ciągłym obrotem, w 40% przypadków okazała się konieczną fotografia z umiejscawiaczem zawieszonych znaków. Te dwie metody wystarczyły we wszystkich przypadkach[2]).

Kilka przykładów wtedy przytoczonych wskaże najlepiej, jak ważne jest dokładne określenie siedziby pocisku dla rozpoznania i rokowania klinicznego.

1. Chory Kor. K. 1. X. 1914. 129. Postrzał po lewej stronie brzucha. Rozpoznanie: W obrębie podbrzusza po stronie lewej leży 14 ułamków pocisku od wielkości dwuhalerzówki do

[1]) Umiejscawiacze zawieszonych znaków wyrabia firma O. Sommer, Wiedeń VII. Richtergasse 12. Werkstätte für Wiener Röntgenmodelle.

[2]) Z wyjątkiem przypadków ciał obcych w oku, które wymagają odrębnych sposobów oznaczenia siedziby.

wielkości ziarna prosa. Ułamki te leżą rozprószone w całym brzusznogrzbietowym przekroju. Niektóre sięgają lędźwi. Małe widoki możliwości chirurgicznego usunięcia ułamków.

2. Chory Lan. L. 8. X. 1914. 82. Postrzał po lewej stronie grzbietu. Pocisk został w ciele. Silne bóle. Rozpoznanie: Z lewej strony w lędźwiach leży 9 ułamków pocisku, z których jeden jest podobny z kształtu i wielkości do pocisku karabinowego, drugi, esowaty, jest 2 cm długi, reszta jest wielkości ziarna prosa. Wszystkie ułamki leżą tuż obok siebie $5^1/_2$ cm głęboko pod lapisowym znakiem na skórze. Zabieg chirurgiczny może dać dobry wynik.

Fotografie grzbietowobrzuszne przypadków 1. i 2. były do siebie bardzo podobne.

3. Chory H. P. 12. XI. 1914. 88. Kulka szrapnelowa według oznaczenia, dokonanego w innym zakładzie, miała się znajdować w mięśniu pośladkowym. Wykonano według tego zabieg chirurgiczny, przy którym pocisku nie znaleziono. Chorego przydzielono do nas dla rozpoznania. Rozpoznanie: Pocisk leży wprawdzie w kierunku cięcia operacyjnego, ale nie w mięśniu pośladkowym, tylko w miednicy małej. Cięcie przez mięsień pośladkowy nie było dobre.

4. Chory W. K. 21. XI. 1914. 18. Postrzał w lewy bok. Rozpoznanie: Kulka szrapnelowa leży w lewej okolicy pośladkowej na tylnej powierzchni talerza biodrowego, 7 cm głęboko pod lapisowym znakiem na skórze. Operacya na wskazanem miejscu. Pocisk znaleziono i wyjęto.

Obrazy rentgeniczne przypadków 3. i 4. były do siebie bardzo podobne.

5. Chory Z. K. R. Sp. 1914. 8. Rozpoznanie: Pocisk karabinowy leży w XI kręgu piersiowym, pośrodku, ostrym końcem ku przodowi. Koniec ten sięga do środka trzonu kręgu, do połowy jego średnicy brzusznogrzbietowej. Operacya. Usunięcie pocisku, znalezionego dokładnie w podanem przez rozpoznanie położeniu.

6. Chory M. A. 28. X. 1914. 84. Rozpoznanie: Pocisk karabinowy leży w trzonie szóstego kręgu piersiowego, zwrócony. podstawą w prawo i ku nogom, ostrzem w lewo i ku głowie Operacya wykazała, że stosownie do rozpoznania kanał kręgowy nie zawierał pocisku. Autopsya potwierdziła rozpoznanie.

Obrazy przypadków 5. i 6. były do siebie bardzo podobne.

Możnaby przytoczyć mnóstwo podobnych przykładów. Rozróżniamy dwa rodzaje oznaczenia siedziby pocisku: matematyczne i anatomiczne. Oznaczenie matematyczne podaje głębokość pocisku w ciele w centymetrach; oznaczenie anatomiczne określa narząd, w którym leży pocisk. W każdym przypadku należy wykonać oba oznaczenia. Czy matematyczne, czy anatomiczne szczegóły są ważniejsze, zależy od warunków danego przypadku. Często wystarcza chirurgowi oznaczenie, że »pocisk leży 4 cm pod znakiem lapisowym na skórze w częściach miękkich«. Innym razem ważniejsze jest dokładnie oznaczyć stosunek pocisku, n. p. do kanału kręgowego, a głębokość pocisku pod skórą jest mniej ważna. Metody fotograficzne, oparte na matematycznych zasadach, dają oznaczenia zarówno matematyczne, jak i anatomiczne.

Oznaczenie anatomiczne obejmuje przedewszystkiem wykrycie stosunku ciała obcego do sąsiedniej kości. Stosunek ciała obcego do kośćca zawdzięcza swe znaczenie temu, że kość stanowi jedną z główniejszych przeszkód na drodze chirurga przy wydobyciu pocisku. Według oddalenia ciała obcego od kośćca można też łatwo dokonstruować sobie narząd miękki, w którym leży ciało obce.

Jeżeli ciało obce leży na fotografii w pobliżu kości lub na kości, należy wówczas przedmiotowo oznaczyć zarówno głębokość ciała obcego w ciele, jak również posługując się zarysami kości, głębokość położenia danej kości. Porównując obie cyfry, otrzymujemy dokładnie stosunek ciała obcego do kości. Z możliwością anatomicznego oznaczenia siedziby ciała obcego w stosunku do kośćca należy liczyć się już w czasie fotografowania umiejscawiającego. Chodzi tu o kierunek, w którym przesuwamy lampę przed drugiem zdjęciem. Należy ją przesunąć prostopadle do podłużnej osi kości, której stosunek do ciała obcego chcemy oznaczyć. W myśl tego prawidła przesuwamy lampę przy ciałach obcych w pobliżu długich kości kończyn i kręgosłupa prostopadle do osi ciała chorego przy ciałach obcych w okolicy żeber skośnie do osi ciała, przy strzałkowych zdjęciach czaszki prostopadle do podstawy czaszki.

Na tak wykonanych podwójnych zdjęciach, oznaczających siedzibę, widać na każdej kości szereg charakterystycznych punktów zarysu, dwa razy odbitych, i ich przesunięcie pozwala nam oznaczyć głębokość kości w ciele.

Nie należy przytem o jednem zapominać. Zarysy kości na płycie odpowiadają jakby cięciu przez fotografowaną kość przez najbardziej na strony rozchodzące się miejsca. Naokół tego cięcia należy sobie wyobrazić kość o odpowiedniej grubości. Jeżeli n. p. ciało obce według obliczenia leży przed kością, to, o ile chodzi o bardzo grubą kość, mogłoby przecież leżeć wewnątrz kości. Należy uważać, czy nie ma widocznych linii złamania kości i ewentualnie wyzyskać ich przesunięcie.

Szczególnie ważne jest uwzględnienie rzeczywistej grubości takich kości, które mają nieregularny kształt i głębokie wydrążenia na powierzchni. Tak n. p. jest dół międzykłykciowy (fossa intercondyloidea), składnik jamy kolanowej, wcale głęboki. Często spotykamy w nim kulki szrapnelowe. Na fotografii rentgenicznej widać dobrze przyśrodkowe zarysy kłykciów i ich przesunięcie. Chociaż więc boczny zarys kości udowej tak leży względem kulki, że zdaje się nam, iż kulka leży wewnątrz kości, to uwzględniając głębokość zarysów kłykciów, znajdziemy prawdziwe położenie ciała obcego zewnątrz kości, w dole międzykłykciowym.

Podobnie, jak anatomiczne oznaczenie położenia ciała obcego w stosunku do kośćca, można przeprowadzić oznaczenie w stosunku do każdego innego narządu w ciele, który widać na obrazie rentgenicznym. Części ciała, które same przez się nie dają cienia rentgenicznego, można sztucznie zrobić widzialnemi. Uwidaczniając jelito, żołądek, przełyk, przez wypełnienie ich bizmutem lub barem, oznaczamy położenie ciała obcego względem przewodu pokarmowego. Możemy też dokładnie oznaczyć stosunek ciała obcego do przewodów, przetok i jam w ciele, wkładając w nie metalowe zgłębniki, cewniki, wałeczki masła kakaowego zaprawione bizmutem (Wachtel: Medizinische Klinik l. c.). Sposób ten jest o tyle ważny, że oszczędza nieraz choremu zabiegu operacyjnego, jak wskazuje przykład następujący:

Chory R. S. R. K. 1915. 6. Przed dwoma miesiącami postrzał w krocze. Pocisk sprawia dolegliwości. Rozpoznania rentgeniczne określiły siedzibę nadłamanego pocisku karabinowego w okolicy gruczołu krokowego. Chirurg nie był pewnym, czy ma operować drogą przez brzuch, czy przez krocze. Proszony o radę, wykryłem, co następuje: Cewnik zwyczajny wsunięto przez cewkę moczową aż do pęcherza. Fotografia z umiejscawiaczem zawieszonych znaków wykazała, że pocisk leży w kierunku grzbietowym od cewnika, czyli od cewki moczowej. Na kroczu znalazła się ranka wielkości główki szpilki (pozostałość po postrzale). Do niej wsunięto cienki metalowy zgłębnik, około 6 cm głęboko. Fotografia umiejscawiająca wykazała, że pocisk leży tuż przy końcu zgłębnika, a więc na dnie kanału rany. Cięcie operacyjne było w tym przypadku zbyteczne. Chirurg wprowadził do kanału narzędzie i wyciągnął pocisk.

Przykład ten wskazuje też, jak nieraz rentgenolog musi kombinować różne sposoby, by uzyskać dobre rozpoznanie. Dobre określenie siedziby trudniej położonych ciał obcych wymaga bezsprzecznie specyalnie wykształconego lekarza.

Chirurg sprawdza przy operacyi rozpoznanie rentgenologa. Przy ciałach obcych, tkwiących w częściach miękkich, zdarza się przytem często, że głębokość, w której chirurg znajduje ciało obce, nie zgadza się z głębokością, podaną przez dobre rozpoznanie rentgeniczne. Początkowo nie umiano sobie zjawiska tego wytłómaczyć i przypisywano je wadliwemu wykonaniu oznaczania siedziby. Jak jednak wykazałem (Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr 20) mamy tu do czynienia ze ściśle określonem prawem natury. Sprężystość otoczenia trzyma ciało obce w ciele w pewnem stałem położeniu w równowadze elastycznej, przyczem siły elastyczne, działające na ciało obce we wręcz przeciwnych kierunkach, są sobie równe i znoszą się. Jeżeli skutkiem cięcia operacyjnego uszkodzimy elastyczność warstw miękkich nad ciałem obcem, wówczas biorą górę siły elastyczne ciągnące w dół i ciało obce wędruje w ciągu operacyi o 1—3 cm głębiej. W nienaciętem ciele leży ciało obce istotnie w tej głębokości, którą podaje dobra metoda oznaczenia siedziby. Niedokładność oznaczenia, wykryta przy operacyi, jest pozorną i zdarza się tylko wtedy, je-li ciało obce spoczywa na podłożu, które może wywrzeć pociąganie sprężyste. Przy ciałach obcych, spoczywających na kości, przesunięcia elastycznego być nie może i w tych przypadkach zgadza się zawsze głębokość, stwierdzona przy operacyi, z głębokością, wykrytą rentgenicznie.

»Fizyologiczne« przesuwanie się ciał obcych w czasie operacyi sprawia, że niedokładne rozpoznanie rentgeniczne uniemożliwia znalezienie pocisku, chociaż cięcie operacyjne przebiega w pobliżu ciała obcego. Jeżeli bowiem zamiast pionowo nad ciałem obcem (punkt ten oznacza chirurgowi dobre rentgeniczne oznaczenie siedziby) natniemy części miękkie z boku od ciała obcego, to pociąganie elastyczne zaciągnie ciało obce w przeciwległy kąt rany, gdzie je chyba już tylko przypadkowo znajdziemy.

Przesuwanie się ciał obcych, którego jedną przyczynę wymieniłem, sprawia, że znalezienie ciała obcego przy operacyi napotyka nieraz mimo najlepszego oznaczenia siedziby na trudności.

Dzięki pracom pierwszego roku wojny można zadanie rentgenicznego oznaczenia siedziby ciał obcych uważać za rozwiązane. Więcej, jak udoskonalenia szczegółów i akademickie przyczynki, literatura nie przyniesie. Natomiast można przewidzieć, że obecny rok będzie starał się rozstrzygnąć pytanie, o ile rentgenologia może bezpośrednio pomódz przy operacyi ciał obcych.

W ciągu wojny urosło znacznie piśmiennictwo, dotyczące oznaczenia siedziby pocisków. Wiele podanych pomysłów i propozycyi jest tylko modyfikacyą lub powtórzeniem dawno znanych sposobów. Z ważniejszych należy wymienić przyrząd H. Schmidta, który ułatwia znacznie oznaczenie punktów na skórze przy metodzie prześwietlania w dwóch krzyżujących się kierunkach (Berl. klin. Woch. 1915, Nr 7), — sposób Meisela, który owija chorego w drucianą siatkę, wyjąwszy z niej co dziesiąty drut, poczem go z dwóch różnych położeń lampy fotografuje i oblicza przy pomocy specyalnego suwaka położenie ciała obcego (Münch. m. Woch. 1915 Nr 15.), — sposób Weskiego, który jest modyfikacyą dawnej metody Mackenzie-Davidson-Fürstenaua (Münch. mediz. Wochenschr. 1915, Nr 7). Poglądowo zebrany jest cały materyał w Freund-Praetoriusa: »Die radiologische Fremdkörperlokalisation bei Kriegsverwundeten« Wiedeń 1916, i Wachtla: »Kriegsröntgenologie« w »Jahreskurse für ärztliche Fortbildung« 1915, sierpień.

Doświadczalne badania choroby Basedowa

podał

Dr Maryan Eiger,

docent prywatny w Bernie Szw.

(Streszczenie odczytu na Zjeździe neurologów szwajcarskich w Bernie 14. V. 1916).

Chociaż obraz kliniczny choroby Basedowa jest już dokładnie znany i chociaż uznano już prawie powszechnie, że choroba ta zależy od przeładowania, zalania ustroju substancyami tarczycznemi, to jednak nie było jeszcze dotąd metody, pozwalającej bezpośrednio, przedmiotowo, wykazał te substancye w krwi krążącej. Nie było mianowicie bezpośredniego swoistego odczynu biologicznego. Jest zasługą prof. Ashera, że wyzyskał odpowiednio fakt, już dawniej znany i że przez dokładne a wielostronne badania uczynił ten fakt podstawą metody. Kraus i Friedenthal stwierdzili, że wyciągi z gruczołu tarczowego wzmagają działanie adrenaliny. Asher, udowodniwszy wspólnie z Flackiem przez drażnienie nerwów tarczycy jej wydzielanie wewnętrzne, dostarczył też wspólnie z Rothem licznych dowodów, że istotnie substancye tarczyczne wzmacniają działanie adrenaliny.

Przedsięwziąłem przedewszystkiem próby, zmierzające do stwierdzenia, czy można żywić białe szczury tabletkami z tarczycy w ten sposób, aby we krwi dała się wykazać zwiększona zawartość substancyi tarczycznych zapomocą znanej metody Laeven-Trendelenburga.

Metoda ta polega, jak wiadomo, na tem, że jeżeli się u żaby przepłukuje kończyny tylne przez aortę i liczy krople, wypływające z żyły brzusznej, to liczba tych kropli nadzwyczaj się zmniejsza, albo wypływ nawet zupełnie ustaje, skoro się doda adrenaliny do płynu, użytego do przepłukania. Przekonałem się przedewszystkiem, że spostrzeżenia Krausa i Friedenthala oraz Ashera są zupełnie trafne, a mianowicie, że jeżeli się zmiesza nie działającą lub prawie nie działającą dawkę adrenaliny z nie działającym wyciągiem z tarczycy, to naczynia bardzo znacznie się zwężają, tak, że można twierdzić, iż działanie zwężające bardzo znacznie się potęguje.

W doświadczeniach, wykonanych na szczurach, żywionych tabletkami z tarczycy, okazało się, że osocze hirudynowe lub cytrynianowe szczurów prawidłowych, nie otrzymujących tarczycy, u których sztucznie zniszczono zapomocą tlenu fizyologiczną zawartość adrenaliny, — nie wywiera żadnego działania na nie działające rozczyny adrenaliny. Osocze zaś szczurów, żywionych przetworami tarczycy, wzmagało widocznie działanie adrenaliny. Przez to uzyskaliśmy dowód: 1) że zapomocą żywienia przetworami tarczycy można wywołać sztuczne przeładowanie krwi substancyami tarczycznemi, i 2) że zwiększoną zawartość tych substancyi we krwi można przedmiotowo wykazać zapomocą metody Laeven-Trendelenburga, a przez to wytworzyć metodę kliniczno biologiczną. Drugiem zadaniem, które chciałem rozwiązać, było stwierdzenie, czy da się tą metodą przedmiotowo wykazać hypertyreoza przez badanie krwi z żyły pośrodkowej (v. mediana) w chorobie Basedowa i w ten sposób wykształcić metodą różniczkowo-rozpoznawcza. Pragnę tu złożyć podziękowanie przedewszystkiem prof. T. Kocherowi i jego asystentom, którzy mi zadanie moje ułatwili przez dostarczenie krwi. W 6 badanych przezemnie przypadkach choroby Basedowa okazało się, że osocze hirudynowe lub cytrynianowe takich chorych wzmacniało działanie adrenaliny, natomiast osocze z dwóch przypadków wola zachowywało się obojętnie, a zatem ujemnie. Przez to uzyskaliśmy dowód, że metoda ta może stanowić środek różniczkowo-rozpoznawczy w przypadkach choroby Basedowa względnie hypertyreozy.

Przy dalszem opracowywaniu tej sprawy powiodło mi się udowodnić, że osocze z żyły tarczowej psów, jak również osocze krwi dotkniętych wolem, rzeczywiście zawiera działające substancye tarczyczne i że osocze z tejże żyły zawiera w chorobie Basedowa znacznie większą ilość tych substancyi. Metoda Laeven-Trendelenburga pozwoliła mi zatem stwierdzić przedmiotowo wydzielinę tarczycy we krwi żyły tarczowej u zwierząt i u ludzi.

W końcu dodać tu muszę jedno spostrzeżenie, dotyczące choroby Basedowa. Jak wiadomo, należy do objawów tej choroby, wyraźnie wykształconej, także biegunka. Otóż badałem wpływ niektórych przetworów tarczycy na automatyczne ruchy przetrwałego (utrzymanego przy życiu poza ustrojem) wycinka jelita; okazało się przytem, że wyciąg z tarczycy wzmaga ruch robaczkowy, wyraźnie wzmacnia napięcie mięśniowe jelita i jego

skurcze. Bardzo silne dawki hamują ruch i w końcu wywołują ustanie perystaltyki.

Do doświadczenia używałem tabletek wyrobu Burrough i Wellcome oraz tyreoglandolu wyrobu Hoffmann-La Roche.

Oceny i sprawozdania.

Miroslav Pl. Čačković: **Kako da pomognemo nasim ratnim invalidima.** Zagreb 1916. Stron 36 z 34 ilustracyami.

Broszura Dr Čačkovića, prymaryusza szpitala w Zagrzebiu, wydana staraniem i nakładem Krajowego Komitetu opieki nad inwalidami kroacko słoweńskimi (Zemaljski odbor za naobrazbu i liječenje hrvatsko-slavonskich ratnih invalida), nie ma na oku lekarzy, lecz jaknajszersze koła ludności. Celem jej jest zarówno przysłużyć się inwalidom wojennym, zachęcając ich do usilnych ćwiczeń, przywracających nieraz bardzo znaczną część zdolności do pracy, jako też wzbudzić w społeczeństwie zajęcie się tą nader doniosłą sprawą i zwiększyć ofiarność na pomoc dla inwalidów, koszta protez i t. p. Autor wywiązał się ze swego zadania doskonale; broszura wywrze wpływ tem łatwiej, że liczne ilustracye, przedstawiające inwalidów przy różnych rodzajach pracy, objaśniają skuteczność kształcenia inwalidów i zaopatrywania ich w dobre protezy. Broszura, poprzedzona przedmową Mirosława hr. Kulmera, prezesa Krajowego Komitetu opieki nad inwalidami, wyszła w 40.000 egzemplarzy, a jest bardzo tania (40 halerzy za egzemplarz, 30 halerzy przy odbiorze ponad 1000 egzemplarzy).

Z powodu różnic językowych nie może niestety broszura ta u nas być zużytkowana; należałoby jednak albo wydać tę broszurę w tłomaczeniu polskiem, albo postarać się o podobne wydawnictwo oryginalne.

Pierwszy epidemiczny szpital ruchomy Galic. Czerwonego Krzyża dla zwalczania chorób zakaźnych.

podali

Dr. Bronisław Kaczorowski kierownik szpitala, i **Dr. Maksymilian Mosler** c. k. lekarz powiatowy.

(Dokończenie)

Obok powyższych dat udowadnia to stan rozwoju epidemii cholery w samych Mostach wielkich. Cholera w tem miasteczku zaczęła się pojawiać już przed otwarciem szpitala w tej gminie, a powstanie cholery przypisuje się przedewszystkiem znacznej ilości trenu wojskowego, jaki ciągnął za wielką armią. Działalność wywiadowcza szpitala wnet po jego otwarciu wykazała w tej gminie 17 przypadków zachorowania, z których 15 chorych umarło przed otwarciem szpitala. Po jego otwarciu leczono w szpitalu 45 przypadków, z tych odosobniono w szpitalu:

15. sierpnia	3	chorych
16. »	7	»
17. »	16	»
18. »	5	»
19. »	3	»
20. »	4	»
21. »	3	»
23. »	2	»
27. »	2	»

Z tej tabeli wynika, że w bardzo krótkim czasie udało się epidemię stłumić, — a to w miasteczku, liczącem 6000 mieszkańców, przez Moskali spalonem i doszczętnie wyniszczonem. Tutaj należy przypisać ten pomyślny wynik nietylko szczepieniu przeciw cholerze i wykonywaniu końcowej dezynfekcyi pod nadzorem szpitala, ale i w głównej mierze odosobnieniu chorych w samym szpitalu. W gminie Pieczychwosty po przybyciu kolumny do Żółkwi sprawdzono 12 przypadków cholery, a po ich odosobnieniu w szpitalu nie było już potem ani jednego przypadku zachorowania na cholerę.

Ospa.

W powiecie sprawdzono w ogóle od czasu rozpoczęcia urzędowania naszych władz do 15. stycznia br. 328 przypadków ospy, a z tych było umieszczonych w szpitalu Czerwonego Krzyża 183 chorych, a zatem o 38 chorych więcej, niż połowa wszystkich zachorowań w powiecie, urzędownie sprawdzonych. Przytem atoli zwracamy uwagę, że właściwe przyjmowanie chorych na ospę do szpitala rozpoczęło się dopiero z końcem września, a mianowicie od 24. września 1915, t. j. od chwili urządzenia szpitala w Żółkwi. Do tego czasu sprawdzono już w powiecie 37 przypadków ospy, należy zatem od ogólnej liczby zachorowań, t. j. 328, odciągnąć 37 chorych; pozostaje 291 chorych, a z tej ogólnej liczby zachorowań umieszczono w szpitalu 183 chorych, t. j. prawie $^2/_3$ wszystkich przypadków zachorowań. Musimy wyjaśnić, że działalność szpitala przypada na miesiące jesieni i zimy, pory roku, niezawsze dobrej dla przewozu chorych nieraz z bardzo odległych gmin, szczególnie przy lichym stanie dróg w tutejszym powiecie.

Kolumna Czerwonego Krzyża, jako czynnik przy zwalczaniu chorób zakaźnych, a w szczególności ospy, uwydatnia się wybitnie, jak wynika z następującego zestawienia:

1. Miasto Żółkiew: Epidemia sprawdzona została urzędownie 9. sierpnia 1915; wszystkich przypadków zachorowań było 48; z chwilą urządzenia szpitala było w mieście 18 przypadków zachorowania. Po odosobnieniu chorych w szpitalu przez przeciąg prawie 4 miesięcy przybyło nowych chorych w tej gminie, liczącej do 10.000 mieszkańców, tylko 30, przyczem zwracamy uwagę, że miasto to, jako powiatowe, narażone jest na znaczny ruch obcych, — szczególnie w obecnej porze wojennej, — a zatem miesięczny przyrost chorych wynosił nieco ponad 7 chorych na jeden miesiąc.

2. Gmina Soposzyn: Do czasu otwarcia szpitala sprawdzono w tej gminie 17 chorych; po odosobnieniu chorych w szpitalu przybyło nowych chorych tylko 2 i na tem epidemia zakończyła się.

3. Gmina Rożanka: Tutaj epidemia ukazała się 13. października; po odosobnieniu chorych w szpitalu epidemia ograniczyła się na pierwszych przypadkach zachorowań i w tej gminie było tylko 6 przypadków ospy.

4. Gmina Mokrotyn wieś: Epidemia rozpoczęła się 25. października i wszystkich przypadków zachorowania było 17, atoli od czasu odosobnienia chorych w szpitalu przybyło na tych 17 już tylko 4 chorych w tej gminie.

W innych gminach ma się rzecz zupełnie taksamo. Jakkolwiek świadomi jesteśmy, że szczepienie z konieczności od ospy jest jednym z najważniejszych czynników, zwalczających epidemię ospy, niemniej nie wahamy się stwierdzić, że odosobnienie chorych w takich zakładach leczniczych, jak u nas kolumna szpitalna, jest czynnikiem pierwszorzędnym w zwalczaniu epidemii ospy, szczególnie, że jak n. p. w wykazanych gminach, szczepienie odbyło się już później po sprawdzeniu ospy i po odosobnieniu chorych w szpitalu, a zatem w czasie, kiedy ospa w gminach wygasła lub przygasała. Na wykazanych 328 chorych na ospę złożyło się 54 gmin na 75 gmin powiatu, a zatem tylko w 21 gminach nie sprawdzono urzędownie przypadków ospy. Z tego wynika, że ospa pojawiła się w przeszło $^2/_3$ gmin powiatu, atoli nigdzie nie przybrała cech groźnej epidemii. I to właśnie zaliczamy do dodatnich stron istnienia w powiecie szpitala epidemicznego, w którym można chorych odosobnić.

To samo spostrzegliśmy i przy zwalczaniu innych chorób zakaźnych, jak n. p. duru brzusznego. Przekraczałoby ramy naszej skromnej pracy, gdybyśmy podawali wszystkie daty co do panowania tej choroby w powiecie; pozwolimy sobie przytoczyć epidemię n. p. w gminie Pieczychwosty.

Kolumna szpitala odosobniła chorych w dniu 25. września; do tego czasu było w gminie 63 chorych; po dokonanej izolacyi chorych w szpitalu przybyło w tej gminie już tylko 12 nowych przypadków zachorowania.

W gminie Wiązowa sprawdzono w dwóch domach 8 przypadków duru brzusznego, z tych 3 były śmiertelne przed urzędowem sprawdzeniem, a 3 wyzdrowiało; pozostałych 2 chorych odosobniono w szpitalu i od tego czasu więcej przypadków zachorowania już nie zgłoszono.

Już z tego krótkiego zestawienia wynika jasno, jak dodatnim czynnikiem w zwalczaniu chorób zakaźnych jest tworzenie kolumny szpitalnej — i z pewnością tworzenie takich kolumn w naszym kraju, nawiedzanym stale przez choroby zakaźne, będzie koniecznością nietylko w czasach wojennych, ale i w czasach pokoju.

Wiadomości bieżące.

Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu święci w roku bieżącym jubileusz dwu najzasłużeńszych swych członków, mianowicie 70 rocznicę urodzin radcy Dr Franciszka Chłapowskiego i 40-letni jubileusz pracy naukowej prof. Dr Heliodora Święcickiego. Czcigognym swym Jubilatom poświęcił Wydział wspaniały zeszyt swego organu »Nowin lekarskich«, mieszczący oprócz życiorysów obu Jubilatów dwanaście prac oryginalnych, wyłącznie pióra kolegów z Wielkopolski, a dowodzący najwymowniej, że siane przez Jubilatów ziarno zeszło bujnym plonem. Z uczuciami kolegów Wielkopolan łączą się wszyscy lekarze polscy, składając hołd wielkiej zasłudze Mężów, którzy wśród najtrudniejszych warunków wysoko wznieśli sztandar nauki polskiej i których żywot jest wzorem służby lekarza polskiego dla Ojczyzny.

Kraków. Zwołane na 22. XI. 1916 posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego zostało z powodu śmierci Cesarza Franciszka Józefa I. po stosownem przemówieniu przez prezesa na znak żałoby zamknięte.

Na posiedzeniu Towarzystwa w d. 29. XI. 1916 złożył prezes hołd pamięci Henryka Sienkiewicza w słowach następujących:

»Cała Polska jest dziś pod wrażeniem śmierci najlepszego swego syna, który obok Mickiewicza był najgenialniejszym i najszlachetniejszym wyrazicielem Jej duszy zbiorowej.

»Niema dziś na ziemiach polskich nikogo, niema żadnej grupy, niema żadnego zrzeszenia, któreby nie odczuwało całej głębi i potęgi ciosu i nie było przejęte najgłębszym żalem z powodu niepowetowanej straty, jaką Polska — w przełomowej chwili dziejowej — poniosła przez zgon Henryka Sienkiewicza.

»W tej tak ważnej i bolesnej chwili pragniemy i my także dać wyraz naszego bólu i smutku.

»Powstając z miejsc Waszych zaznaczyliście Panowie udział naszego Towarzystwa w powszechnym żalu i hołdzie, złożonym nieśmiertelnej pamięci zgasłego wieszcza narodu«.

Następnie poświęciwszy wspomnienie ś. p. prof. Dr Reissowi, zawiadomił prezes o odpowiedzi, nadesłanej przez Towarzystwo lekarskie warszawskie na telegram w dniu ogłoszenia Państwa Polskiego i o oddaniu przez prof. Cybulskiego funduszu stypendyjnego jego imienia w zawiadywanie Towarzystwa. Z kolei wygłosili wykłady: 1) prof. Dr A. Wrzosek: »Udział lekarzy w odrodzeniu Polski w XIX stuleciu«; 2) Dr A. Kwaśnicki: »Udział lekarzy w wojnie narodowej r. 1863—64«; 3) doc. Dr T. Janiszewski: »Kilka myśli w sprawie organizacyi sanitarnej w wolnej Polsce«.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Wiktor Pajdowski z Lubelskiego i Milka Grünwaldówna z Krakowa.

— D. 15. XI. 1916 odbyło się w Białej posiedzenie pełnej Rady szkolnej krajowej w sprawie zapobiegania chorobom wenerycznym wśród młodzieży szkolnej. Po wysłuchaniu referatów krajowych inspektorów szkolnych, radców Rembacza i Siwaka, oraz zawezwanych na posiedzenie prof. Dr Łukasiewicza ze Lwowa, prof. Dr Ciechanowskiego z Krakowa i Dr. S. Mikołajskiego ze Lwowa przeprowadziła Rada szkolna wyczerpującą dyskusyę i powzięła szereg stosownych postanowień, przy których wykonywaniu ma współdziałać osobna komisya, złożona z pedagogów i lekarzy.

— Izba lekarska zachodnio-galicyjska wzywa lekarzy do jak najwydatniejszego udziału w V. pożyczce wojennej.

— Od Nowego Roku 1917 wychodzić będzie »Przegląd lekarski« jak dawniej co tydzień, w Soboty.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LV. Kraków, 15. grudnia 1916. Nr 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z c. i k. wojskowego szpitala epidemicznego Nr. 2. Kraków-Łobzów (Komendant lekarz sztabowy Dr Scharf).

W sprawie żółtaczki epidemicznej

podał

Dr Maksymilian Blassberg, kierownik oddziału.

W połowie kwietnia 1916 r. przyjęto w jednym dniu na mój oddział w szpitalu epidemicznym Nr. 2 w Łobzowie 14 żołnierzy chorych na żółtaczkę. Wszyscy chorzy przyszli wprost ze wschodniego terenu wojny i należeli do pułków piechoty, których stanowiska znajdowały się w jednej i tej samej okolicy, a w każdym razie w blizkości siebie. Prawie wszyscy podawali stanowczo, że w ich kompaniach zachorowało więcej żołnierzy na żółtaczkę. Jako przyczynę schorzenia podawała przeważna większość picie nieprzegotowanej lub złej wody, jeden przypisywał schorzenie spożywaniu baraniny, jeden zaziębieniu, a jeden złemu powietrzu w ziemiankach. Objawy chorobowe i przebieg schorzenia były bardzo łagodne. Oprócz żółtaczkowego zabarwienia skóry mieli wszyscy chorzy dolegliwości żołądkowe, u trzech stwierdzono nieznaczną gorączkę, utrzymującą się co najwyżej przez 4 dni, u 6 nieznaczne powiększenie wątroby, które rychło ustąpiło, a u 7 tylko tkliwość wątroby i okolicy żołądka. W stolcu nie znaleziono ani prątków durowych, ani czerwonkowych, mocz nie zawierał białka. Natomiast u 8 chorych znaleziono w stolcu jaja glist. U przeważnej liczby chorych cierpienie w przeciągu dwóch tygodni albo zupełnie ustąpiło, albo też uległo co najmniej znacznej poprawie. Leczenie polegało z początku na zastosowaniu odpowiedniej dyety i podawaniu dwuwęglanu sodowego lub soli karlsbadzkiej, później podano santoninę. Pojawienie się choroby u większej liczby żołnierzy z tej samej okolicy miało w naszym przypadku niewątpliwie cechy epidemiczne i dlatego postanowiłem, w porozumieniu z komendantem szpitala, lekarzem sztabowym Dr Scharfem, zrobić doniesienie urzędowe.

Już wielokrotnie zauważono, że żółtaczka nieżytowa w pewnych czasach, a zwłaszcza na wiosnę i w jesieni, może pojawiać się w charakterze epidemii, zwłaszcza u osób, które żyją wśród tych samych warunków zewnętrznych. Opisywano epidemie żółtaczki u mieszkańców w rozmaitych zakładach, w kasarniach i więzieniach. Von Stoos spostrzegał w Beatenberg epidemię szkolną, w przebiegu której 50 dzieci tej samej szkoły zachorowało na żółtaczkę w przeciągu trzech miesięcy. Większa epidemia żółtaczki, opisana przez Meinerta, dotyczyła również przeważnie dzieci; towarzyszyła jej bardzo często początkowa gorączka z dreszczami, bolami głowy i nudnościami. Epidemia ta wystąpiła w części Królestwa saskiego, a to przeważnie w okolicy większych miast, Lipska, Drezna i Chemnitz. Meinert śledził tę epidemię daleko poza granicami Saksonii. W Czechach, na Śląsku, w Czarnym Lesie, na wyspach Fryzyjskich, w Księstwie poznańskiem i aż w głębi Rosyi występowały równocześnie przypadki żółtaczki. Hennig zestawił z literatury 86 większych i mniejszych epidemii żółtaczki, z których 8 przybrało znaczniejsze rozmiary. Czterokrotnie dotyczyła choroba tylko dzieci. Szerzenie się tej choroby może niekiedy przybrać znaczne rozmiary. Gdy Klingenhoffer stwierdził chorobę u 40 osób na 1400 mieszkańców, a zatem przeszło u 3%, to Lürman w Bremie stwierdził ją u 191 na 12 do 15 tysięcy robotników, a zatem conajmniej u 13%. W prowincyonalnym zakładzie dla obłąkanych w Merzig na 510 mieszkańców zachorowało na żółtaczkę 144, a zatem 28%. Nicolaysen w Chrystyanii podaje, że od roku 1885 do 1899, a zatem w przeciągu lat 14, spostrzeżono w Szwecyi i Norwegii 63 epidemii żółtaczki, przyczem niektóre epidemie dotyczyły przeważnie albo też wyłącznie samych dzieci. Chorobę tę stwierdzano w najrozmaitszych okolicach. Opisywano epidemie żółtaczki w Niemczech, Anglii, południowej Rosyi, w Grecyi, w Ameryce, w Egipcie, w Syryi, w Indyach i w Afryce południowej.

Również wielokrotnie opisywano epidemie żółtaczki jako chorobę armii. I tak Riset spostrzegał epidemię żółtaczki u żołnierzy, zajętych czyszczeniem rowu w twierdzy. W pierwszym roku wojny północno-amerykańskiej zachorowało na żółtaczkę około 11.000 żołnierzy. W wojnie francusko-pruskiej (1870—1871) panowały w fortach francuskich epidemie żółtaczki. Austryacki starszy lekarz sztabowy prof. Pick miał sposobność spostrzegać w r. 1885 w Hercegowinie epidemię żółtaczki nieżytowej, która panowała przeważnie wśród żołnierzy, chociaż także i osoby cywilne były chorobą dotknięte. Schorzenie to szerzyło się nietylko po miastach, lecz także w okolicznych fortach wysoko położonych, a także w niektórych stacyach kordonowych odległych, blizkich granicy Czarnogóry. Norweski lekarz sztabowy Gamborg doniósł w r. 1891 w Towarzystwie lekarskiem w Chrystyanii o małej epidemii kasarnianej, przy której na 100 żołnierzy w jednej kasarni 11 zachorowało na żółtaczkę. Scordi i Rizzuti donieśli o epidemii żółtaczki podczas wyprawy w Trypolisie; choroba przebiegała z powiększeniem śledziony i gorączką i kończyła się przełomem 5. do 7. dnia. Z 86 epidemii Henniga, powyżej wspomnianych, 26 wystąpiło wyłącznie u żołnierzy.

Także w obecnej wojnie miał lekarz pułkowy Dr Benczur sposobność spostrzegać znaczną epidemię żółtaczki w lecie i w jesieni ubiegłego roku na wschodnim terenie walk. W swoim szpitalu spostrzegał on kilkaset przypadków, a nadto dowiedział się z całą pewnością, że także w sąsiednich zakładach było bardzo wielu żołnierzy w leczeniu z powodu żółtaczki. Benczur oblicza, że wśród wojska, operującego w tej okolicy, było napewno tysiące schorzeń. Gromadne zachorzenie zaczęło się w lipcu, a liczba przypadków stopniowo malała wraz z nadejściem zimnej pory roku.

Pod względem etyologicznym częste występowanie żółtaczki nieżytowej nasuwa myśl, że w takich przypadkach zachodzić może miejscowe źródło zakażenia. Niektórzy (Chauffard) uważają żółtaczkę nieżytową za schorzenie ogólne, wywołane przez zatrucie ptomainami, wytworzonemi w przewodzie pokarmowym. Przypisywano błędom dyetetycznym powstawanie schorzenia i odnoszono je do spożywania złej wody do picia lub mleka, zepsutych ziemniaków, mąki kukurydzianej, owoców lub konserw, do zbyt tłustych pokarmów lub zbyt jednostajnej dyety.

Według innego poglądu odgrywają tu rolę wpływy miejscowo-miazmatyczne, jak: złe powietrze, długotrwałe nagromadzanie się wydalin, zatkanie się rur odpływowych organicznemi gnijącemi substancyami, zastój odpływów w kanałach odprowadzających i w rowach zawierających odpadki i t. p.

Według innego zapatrywania (Kelsch) każda samorodna żółtaczka, nie wyłączając nieżytowej, jest natury zakaźnej. Ażeby stwierdzić rodzaj tego zakażenia, dwaj lekarze wojskowi francuscy, Sacquépée i Fras, zajmowali się przez dwa lata czystą hodowlą ze stolców i badaniem substancyi swoistych (uczulających i aglutynin) i po 16 spostrzeżeniach doszli do wniosku, że prątki tyfusowe, paratyfusowe A i B (a mianowicie częściej A, aniżeli B), a prawdopodobnie także enterokoki mogą wywołać żółtaczkę i że prawie w co czwartym przypadku prątki okrężnicy stanowią przyczynę żółtaczki. Według udzielonej mi ustnie wiadomości miał lekarz pułkowy, Dr Bleier, sposobność spostrzegać w szpitalu twierdzy Nr. 10 w Krakowie 25 do 30 przypadków żółtaczki nieżytowej i przypuszczał, że między tem schorzeniem a ochronnem szczepieniem przeciwdurowem, które na krótki czas przedtem miało być przeprowadzone, zachodził jakiś związek. W moich przypadkach można było związek taki wyłączyć, gdyż od czasu szczepienia przeciwdurowego minęło u moich chorych od 1 do 7 miesięcy.

Oprócz tego pojawiły się twierdzenia, że żółtaczka epidemiczna jest identyczna z chorobą Weila. Opinie w tym względzie nie są zgodne. Według zapatrywania jednych, którzy opierają się na znacznych różnicach w przebiegu poszczególnych przypadków, na występowaniu obrzęku wątroby, gorączki i t. p., należy epidemiczną żółtaczkę nieżytową uważać za lekką postać choroby Weila; drudzy natomiast oddzielają ściśle od siebie te dwa cierpienia i twierdzą, że tylko wtedy można przyjmować chorobę Weila, jeżeli śmiertelność jest wielka i jeżeli występują takie dodatkowe objawy, jak pokrzywka, wybroczyny, krwotoki, obrzęki śledziony, biegunki, objawy ze strony układu nerwowego i ze strony narządu moczowego. Muszę też zaznaczyć, że Banti opisał drobnoustrój »Bacillus icterogenes«, a Jäger mikroba, zwanego »Proteus fluorescens«, które mają podobno wywoływać żółtaczkę. W najnowszych czasach przypisują drobnoustrojowi »Spirochaete nodosa« (Hübener i Reiter) wywoływanie choroby Weila.

Przypuszczano też najrozmaitszych pośredników i przenosicieli zakażenia. Niektórzy uważają za rzecz prawdopodobną, że jeszcze nieznany dziś sprawca zakaźnej żółtaczki szerzy się za pośrednictwem much, komarów lub innych pośredników ze świata owadów. Lürman spostrzegał w Bremie u personalu towarzystwa akcyjnego »Weser« epidemię żółtaczki, która wiązała się tak ściśle z rewakcynacyą przeciwospową robotników, że przypuszczano przenoszenie się choroby za pośrednictwem szczepionki, tj. krowianki glicerynowej humanizowanej. Przypisuje się także znaczenie przy powstawaniu żółtaczki epidemicznej wpływom atmosferycznym, zaziębieniu i przemoczeniu, a zwłaszcza przypisuje się etyologiczne znaczenie pewnym porom roku i wpływom klimatycznym, szczególnie w porze wiosennej i jesiennej i stanom przejściowym z nieznacznem oziębieniem, a przeważającą wilgocią i licznymi opadami.

W każdym razie dotychczas nie udało się dowieść przy żółtaczce nieżytowej przenoszenia zarazka, któryby się w chorym ustroju odtwarzał, a powstawał poza ustrojem i nie udało się dotychczas wyjaśnić żółtaczki epidemicznej na drodze swoisto-zakaźnej.

Co się tyczy moich przypadków, chciałbym zwrócić uwagę na tę okoliczność, że u 8 chorych, a zatem około 60%, wykryto w stolcu jaja glist. W opisach dawniejszych epidemii nie znalazłem żadnej wzmianki o podobnem zjawisku, wszelako sądzę, że nie można nad tym faktem przejść do porządku dziennego. Żółtaczce nieżytowej towarzyszą często bole w okolicy żołądka, nudności, wymioty, utrata apetytu, niekiedy kolki jelitowe, a czasem krótkotrwałe podniesienie się ciepłoty ciała. Te same objawy zauważamy także u chorych cierpiących na glisty. Nadto epidemie żółtaczki dziwnie często dotyczą dzieci, u których także glisty napotykamy znacznie częściej, aniżeli u dorosłych. Już te momenty nasuwają pytanie, czy glisty, przebywające w przewodzie pokarmowym, nie stanowią czynnika etyologicznego przy żółtaczce nieżytowej i czy w żółtaczce epidemicznej nie należy dopatrywać się epidemicznego schorzenia, spowodowanego glistami. Jak wiadomo, zarażenie się glistami następuje za pośrednictwem ich jaj, które znajdują się na ziemi, w pobliżu mieszkań, w wodzie do picia, jak również w niektórych pokarmach, jak n. p. w sałacie, w jarzynach i owocach. Podczas wojny zarażenie się glistami jest u żołnierzy bardzo łatwe, gdyż trudne jest stałe zaopatrywanie w dobrą wodę do picia i nie udaje się czasem powstrzymać żołnierzy od tego, ażeby gasili pragnienie z niepewnych źródeł, a nawet z wód stojących. Nadto wchodzi w rachubę spożywanie świeżo wykopanych ziemniaków, rzepy, marchwi, buraków, kapusty i sałaty i stała styczność z zanieczyszczoną ziemią. Znajdowałem też stosunkowo bardzo często u chorych żołnierzy glisty i ich jaja w stolcach, zwłaszcza w szpitalach epidemicznych. Ta okoliczność, że glisty mogą się zdarzać, mimo że nie stwierdzamy żółtaczki, nie wyłącza, mojem zdaniem, możliwości, że glisty, czy to dzięki swoim wędrówkom, czy dzięci zatkaniu lub podrażnieniu dróg żółciowych, czy też przez wywoływanie nieżytów żołądkowo-jelitowych, mogą wywoływać w ogólności żółtaczkę nieżytową, a w szczególności mogą dać powód do gromadnego pojawiania się tego cierpienia. Nie w każdym przypadku musi dojść do żółtaczki, gdzie znajdują się glisty, ale w czasach i miejscach, które wywołują mnożenie się przypadków glist u ludzi, może też i choroba, przez nie wywoływana, pojawiać się gromadnie i przez to przybrać charakter epidemii. Przez takie tłomaczenie wyjaśniałoby się zjawisko częstokroć spostrzegane, że mimo szerzenia się epidemii żółtaczki rozłożenie poszczególnych przypadków chorobowych wydaje się nieregularnem i że dotąd po szpitalach nigdy nie zauważono przeniesienia się choroby z osoby na osobę. Toby nam też wyjaśniło epidemię żółtaczki, którą swego czasu Rieck stwierdził w Rastatt u 30 żołnierzy, którzy byli na wspólnych ćwiczeniach pływania. Względnie częste pojawianie się glist przy niektórych schorzeniach, połączonych ze schorzeniem przewodu pokarmowego, jak np. przy durze, czerwonce, zapaleniu wyrostka robaczkowego i t. p., zdaje się też mieć pewne znaczenie. Glisty bowiem mogą, jak to wykazali Friedberger, Fröhner i Guiard, uszkodzić błonę śluzową jelit i wywoływać nietylko objawy nieżytowe, lecz także nadżerki i wrzody, które potem mogą stanowić wrota dla bakteryi chorobotwórczych. Pod tym względem zachodzi pewna analogia między glistami a zewnętrznymi pasorzytami skórnymi, których tępienie w obecnej chwili stało się rzeczą tak modną.

Przyjęcie glist jako czynnika etyologicznego wyjaśniałoby liczne szczegóły żółtaczki epidemicznej. Rozumielibyśmy gromadne występowanie u osobników, żyjących w tych samych warunkach, częste pojawianie się u dzieci, towarzyszące objawy ze strony przewodu pokarmowego, częste pojawianie się u żołnierzy, a zwłaszcza podczas wojny, rozumielibyśmy wpływ ziemi i środków spożywczych, zrozumiałem byłoby pojawianie się epidemii po pływaniu,

nieregularne rozłożenie schorzeń przy epidemiach i brak przenoszenia się z osoby na osobę, gdyby się nam udało w sposób wolny od zarzutu stwierdzić związek przyczynowy epidemii z glistami. W ten sposób byłoby można liczne, powyżej wspomniane grupy etyologiczne wielostronne, ale tylko pozornie różne, ująć w jedno i bez sztuczności podporządkować jednej wspólnej przyczynie. Zauważę także, że wielokrotnie udawało mi się także w poszczególnych przypadkach żółtaczki nieżytowej, która nie miała cechy epidemicznej, stwierdzić w stolcach jaja glist.

Oczywiście, że dodatni wynik w moich 8 przypadkach nie wystarcza, ażeby stanowczo przypisywać glistom etyologiczne znaczenie w żółtaczce epidemicznej. Powyższe rozważanie jednak skłania mnie do wypowiedzenia takiego przypuszczenia w celu zachęty do dalszych poszukiwań w tym kierunku, a to tem bardziej, że do dziś dnia, z małymi wyjątkami, tylko niewielu lekarzy skłania się do tego, by przypisywać glistom donioślejsze znaczenie i ważniejszą rolę w patogenezie chorób wewnętrznych.

Choroby płciowe a młodzież.

Referat przedstawiony c. k. Radzie Szkolnej krajowej na posiedzeniu w d. 15. XI. 1916

przez

Prof. Dra Włodzimierza Łukasiewicza

Radcę Najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu i Dyrektora kliniki dermatologicznej Uniwersytetu lwowskiego.

Choroby płciowe były niestety i przed wojną między młodzieżą szkolną nierzadkiem zjawiskiem. Statystyka z ostatnich lat dziesięciu przed wojną podaje coroczną liczbę tych zachorowań u młodzieży uniwersyteckiej w Berlinie 25%, we Wrocławiu 15%, we Lwowie 22%, zaś u młodzieży szkół średnich w Czechach do 8·1%, w Wiedniu 10%, a we Lwowie 12%. Te daty, zwłaszcza co do Lwowa, chromają, gdyż zupełnie pewnych liczb w tym względzie nie zawiera żadna statystyka europejska. Zebranie dokładniejszych danych utrudnia ta okoliczność, iż każdy chory weneryczny stara się otoczyć swoje leczenie tajemnicą, przedewszystkiem zaś młodzież, a zwłaszcza szkolna. Z mojego doświadczenia muszę jednakże podnieść, iż powróciwszy na katedrę do Lwowa po 10-letniej działalności w Wiedniu, a 6-letniej w Tyrolu, byłem zdziwiony ilością młodzieży szkół średnich chorej wenerycznie, która zgłaszała się do leczenia, i to nietylko ze Lwowa, lecz i z miast prowincyonalnych. Ponadto miałem sposobność obserwować częstokroć u starszych choroby weneryczne, zwłaszcza kiłę, nabytą w czasie nauki gimnazyalnej przez niedorosłe osobniki. Z powodu niedokładnego leczenia za młodu przybierała ona częstokroć bardzo groźną postać. Tak naprzykład miałem w obserwacyi trzech moich kolegów gimnazyalnych (z pomiędzy 30), którzy przed maturą ulegli zakażeniu kiłowemu i zginęli na porażenie postępujące. A i u wielu innych zrobiłem podobne spostrzeżenie, potwierdzające, iż od dziesiątków lat nawet w gimnazyach prowincyonalnych Galicyi choroby weneryczne między młodzieżą są częste. W większych miastach, gdzie są ogniska tych chorób, były między młodzieżą szkół średnich najliczniejsze ofiary. Wreszcie endemiczne występowanie kiły w okolicy Karpat galicyjskich i bukowińskich nasuwa ewentualność, iż młodzież szkolna, pochodząca z tych stron lub w nich przebywająca, łatwo zakażeniu kiłowemu także pozapłciowemu ulegała, co naturalnie szeregi zakażonej kiłą młodzieży powiększa.

Każda wojna wpływa gwałtownie na wzmożenie chorób płciowych, i to nietylko wśród wojska, lecz także pomiędzy cywilną ludnością kraju. Zwłaszcza grozi to niebezpieczeństwo Galicyi wobec przebytej inwazyi rosyjskiej, koncentracyi wielkich ilości wojska, wreszcie wobec pobytu wojsk z Galicyi w krajach, dotkniętych endemią kiły (Rosya, Serbia, Włochy). To jest tem groźniejsze, iż u nas walka z chorobami wenerycznemi nie jest prawie rozwinięta. Gdy zaś wobec gwałtownego szerzenia się chorób wenerycznych przenoszenie ich nie ogranicza się już do drogi płciowej, lecz następuje niemal równie często pozapłciowo, przez zwykłe zetknięcie się chorych osób ze zdrowemi, to tem bardziej będzie teraz narażona nasza młodzież szkolna na niebezpieczeństwo tych chorób wobec gromadnego wspólnego pożycia.

Dla Wiednia zestawił Finger stosunek chorej młodzieży przed wojną, a obecnie. Wedle tego zestawienia zakażało się wenerycznie w Wiedniu na 1000 mężczyzn:

w 15. roku życia	przed wojną	1,	obecnie 8,
» 16. »	» »	» 3,	» 9,
» 17. »	» »	» 11,	» 26,
» 18. »	» »	» 27,	» 68.

Właśnie dla młodzieży wzmaga się jeszcze niebezpieczeństwo tych chorób wobec niemożności dokładnego leczenia się dla braku środków, jak też nie mniej dla braku wolnego czasu. Z drugiej strony zataja ona najczęściej swoją chorobę, sama, a czasami i przy pomocy rodziny, z obawy przed szkołą i zaniedbuje chorobę w bezprzykładny sposób. Co gorsza, częstokroć zwraca się do partaczy, co do najgorszych następstw prowadzi. Te okoliczności tłumaczą ciężki przebieg choroby w tych młodych, jeszcze nierozwiniętych organizmach. To odnosi się do chłopców, którzy byli zdrowi i zakazili się, cóż dopiero mówić o tych, którzy byli obarczeni już gruźlicą lub innemi chorobami. Tych organizmy są zrujnowane na zawsze.

Choroby weneryczne atoli nietylko są groźne dla jednostek chorych, lecz zagrażają całemu społeczeństwu wobec wielkiego szerzenia się tych chorób w małżeństwach, całych rodzinach, gminach, instytucyach (fabrykach). Wiewiór i kiła nie zajmują jedynie narządu moczowopłciowego, ale atakują cały organizm. Świeżo nabyte mogą tak u mężczyzn, jak i u kobiet przebiegać z bardzo poważnemi powikłaniami. Wprost straszne mogą być następstwa kiły dla układu nerwowego, naczyniowego, kostnego, jakoteż dla zmysłów, zwłaszcza wzroku i słuchu. Te następstwa sprowadzają częstokroć niemożność zarobkowania u chorych osobników, charłactwo, kalectwo, a nawet śmierć. Tak kiła, jak i wiewiór, zmniejszają rozrodczość i pogarszają jakość potomstwa. Nietylko fizyczne, lecz i psychiczne zwyrodnienie, wiodące do podkopania rasy, w wielkiej części stoi w związku z zakażeniem kiłowem. Strata na sile roboczej, na sprawności ludzkiej i długości życia, nadto ogromne wydatki, które pociąga za sobą utrzymanie i leczenie, tak chorych, jak też charłaków, powodują ogromne szkody ekonomiczne. Te choroby groźniejsze są dla społeczeństwa, niż inne, ostre epidemie, chociażby tyfus, cholera lub dżuma, choć te kończą się często śmiercią. Na poparcie tego twierdzenia niechaj posłuży statystyczne obliczenie niemieckie co do Prus. Według tegoż szkoda dzienna, jaką miały Prusy przed wojną skutkiem tyfusu, wynosiła 22.000 marek, czyli w roku 8 milionów marek, natomiast skutkiem chorób wenerycznych wynosiła ona dziennie 410.000 marek, czyli rocznie 150 milionów marek. Z tego wynika, iż musimy gwałtownemu obecnie szerzeniu się chorób w mowie będących zapobiegać wszelkimi możliwymi środkami, gdyż inaczej kraj poniesie niezmierne ekonomiczne straty.

Wedle nowoczesnej higieny nie wystarcza do zwalczania chorób wenerycznych, podobnie jak wszelkich innych zaraz ludowych, badanie i nadzorowanie podejrzanych o chorobę, jak to czynimy przy epidemiach do nas zawleczonych (cholera, dżuma). Niepodobna bowiem wszystkich wenerycznych chorych odosobnić i zrobić nieszkodliwymi wobec zbyt wielkiej ilości chorych i o chorobę podejrzanych jednostek, znajdujących się wśród ludności.

Do niedawna nie zdawano sobie sprawy ze zgubnych skutków chorób wenerycznych, gdyż dopiero naukowe badania ostatnich lat dziesiątków stwierdziły, iż należą one do najniebezpieczniejszych. Szerzenie się ich można powstrzymać przy racyonalnem i energicznem postępowaniu, zwłaszcza wobec dzisiejszych nowych sposobów badania i leczenia. Dlatego też usiłują lekarze i ich stowarzyszenia przeszkodzić wzmaganiu się tych chorób przez rozliczne ankiety, wnioski, podania i interpelacye. Jeszcze z końcem zeszłego stulecia, w r. 1899, na ankiecie, zwołanej przez Namiestnictwo we Lwowie, nawoływałem do tego i zalecałem zaprowadzenie lekarzy szkolnych, jako najpewniejszy środek zaradczy przeciw szerzeniu się podówczas chorób wenerycznych w szkołach średnich. Wszystkie tego rodzaju usiłowania spotkał dotąd tensam los, iż zapomniano o nich bez reagowania powołanych do tego władz. Dlatego z tem większem uznaniem powitać należy inicyatywę, podjętą w tym względzie przez c. k. Radę szkolną krajową w naszym kraju.

Podobnie, jak przy gruźlicy, tak też i przy chorobach wenerycznych, wymaga nowoczesna higiena w pierwszym rzędzie pouczenia zdrowych, jak się mają wystrzegać zakażenia, chorych zaś, jak się mają zachować, ażeby nie udzielić choroby otoczeniu. Takiemu pouczeniu młodzieży, aby poznała niebezpieczeństwo, stoi na przeszkodzie brak wychowania płciowego.

Nietylko ogół, lecz nawet sfery oświecone nie zdają sobie dotąd z tego sprawy, iż występujący w pewnym wieku u młodzieży popęd płciowy musi tak, jak wszystkie inne uczucia życiowe, podlegać dyrektywom wychowania, wybujałe muszą być zwalczane, gdyż w przeciwnym razie wiodą do niebezpieczeństw. Rodzice więc i wychowawcy muszą współdziałać w tym kierunku, ażeby na ten wrodzony płciowy popęd człowieka wpłynąć od młodości etycznie i higienicznie. Światłe pouczanie i napominanie mogą jedynie zapobiedz przedwczesnym pobudzeniom lub nawet zboczeniom. Niestety rodzice przeważnie zaniedbują to zadanie z powodu źle zrozumianej wstydliwości. Dlatego należy zwrócić uwagę inteligentnych rodziców, iż mają moralny obowiązek, tak wobec własnych dzieci, jako też celem utrzymania rodzin, myślami swoich synów i córek w tym kierunku odpowiednio kierować.

Z tego wynika konieczność, aby dom rodzicielski i szkoła przygotowały młodzież przez pedagogiczne uświadomienie pod względem płciowym dla lekarskiego pouczenia płciowo-higienicznego.

Za granicą panuje pod tym względem jedność. Najwybitniejsi działacze społeczni, nauczyciele i lekarze starają się umożliwić otwarte, jak najpoważniejsze omawianie życia płciowego i chorób wenerycznych, aby młodzież, tę podstawę przyszłości narodów, ocalić przed znieprawieniem.

Nasi pedagodzy przeważnie uważali aż do najnowszych czasów wychowanie za jedyną profilaktyczną ostoję przeciw wykroczeniom płciowym i chorobom wenerycznym u młodzieży. Skutkiem tego pojmowano to jako wyłączną sprawę domu rodzicielskiego, a pomijano zupełnie stronę zapobiegawczą lekarską. Tak obecne stosunki (zdrowotne), jako też wszelkie doświadczenia, badania i ankiety, przedsiębrane w tym kierunku, wykazały, że tak wysokie żądanie co do wychowania domowego nie ma praktycznego znaczenia dla wielkiej części młodzieży, a zwłaszcza dla tej, która popadła w degeneracyę. Wszakżeż rodzice należą do najrozmaitszych sfer pod względem inteligencyi, wykształcenia i etyki. Niepodobna więc żądać od nich równomiernego i dodatniego postępowania. Natomiast pamiętać należy, iż młodzież szkolna, koleżeństwem związana, stanowi jednolite środowisko, chociaż osobniki tegoż zostają pod najrozmaitszymi wpływami. Częstokroć właśnie odbija się na wielu z nich ten brak znajomości i rozwagi rodziców pod względem zadań wychowania. Powszechnem jest zupełne niezrozumienie dla poruszonych zagadnień wśród szerszych mas ludności. Natomiast zastraszają wprost płciowe zboczenia i popęd do zaspokajania u naszej młodzieży w następstwie złych przykładów w domu. Skutkiem tego władza szkolna musi wkroczyć energicznie celem zreformowania tych stosunków. Przez uwolnienie młodzieży z pod zgubnego wpływu lub też przez systematyczne pouczania wychowawców zmieni się, co prawda dopiero po długim czasie, ten częstokroć znieprawiający stosunek. Pouczanie zaś samej młodzieży przyniesie pożytek nietylko jednostkom, lecz także rodzinie, a nawet i państwu, pod względem obyczajowym, gospodarczym i towarzyskim. Ono pobudzi poczucie odpowiedzialności i obowiązku wobec społeczeństwa, dalej przedstawi abstynencyę płciową przedmałżeńską jako najwyższy ideał, wreszcie uchroni czystość obyczajów przed szkodliwem renomowaniem miłosnemi przygodami.

Nieodzownem jest do tego celu dorastającą młodzież pouczyć bez ogródek o faktach życia płciowego, chociażby dla rozwiania powabu dla rzeczy, osłoniętych tajemniczością. Najodpowiedniej mogą wywiązać się z tego zadania wobec dziewcząt matki, wobec chłopców zaś lekarze, którzy mają czuwać nad higieną płciową, jak wogóle nad zdrowiem w szkołach. Domowi rodzicielskiemu i szkole przypada w udziale pouczenie młodzieży pod względem płciowym. Pierwszy powinien więcej niż dotąd baczyć na fizyczne hartowanie, uodpornienie i wyrabianie siły woli i charakteru. Niestety dotąd troszczył się on za mało o odsunięcie od dziecka momentów, właśnie przyczyniających się do podniecenia płciowego. Cały sposób życia jest częstokroć jednym szeregiem wykroczeń w tym kierunku: nadmierne odżywianie, długie spanie, pozwalanie na używanie alkoholu i tytoniu, prowadzenie w towarzystwa nie przebierające w rozmowach, do teatru i kina, nawet do kabaretów, nie kontrolowanie lektury i obcowania dzieci ze służbą, to cały szereg wykroczeń domu rodzicielskiego, który jest często źródłem deprawacyi płciowej niedojrzałej młodzieży, a tem samem i jej chorób. Tem więcej jest więc obowiązkiem szkoły urabianie ciała i charakteru dziecka, a nadto pouczenie w zakresie nauki szkolnej o zasadach życia płciowego roślin, zwierząt i człowieka. Takie pedagogiczne, poważne pouczenie dorastającej młodzieży nietylko nie przyniesie szkody, lecz przygotuje do poważnego zapatrywania się na życie płciowe, gdyż dostosuje się do rozwoju umysłowego młodzieży, jakoteż uwzględni wstydliwość. Ponadto będzie ono odbywać się w ramach innego przedmiotu, nie wchodząc zbytnio w szczegóły. W takim razie w wieku dojrzewania płciowego będzie można młodzież uświadomić o niebezpieczeństwach życia płciowego i przestrzegać przed niemi.

Do tego celu nieodzownem jest pouczanie rodziców i kształchnie nauczycieli w higienie. Pierwsze najlepiej dałoby się w czyn wprowadzić przez urządzanie odpowiednich zgromadzeń rodzicielskich, jakoteż zapomocą broszur. Tego rodzaju zebrania pod kierunkiem wytrawnej siły nauczycielskiej, wybranej przez c. k. Radę szkolną krajową, doprowadzą najprędzej do zrozumienia i ocenienia tego trudnego zadania, a zarazem do współdziałania domu rodzicielskiego ze szkołą. Swobodna pogadanka między nauczycielem a rodzicami wyjaśni rodzicom, że właśnie w zakresie płciowym wychowanie domowe ma uzupełnić szkołę. Wiele bowiem zagadnień, których ona w nauce klasowej poruszać nie może, mogą być dzieciom wyjaśnione przez matkę lub ojca. Przeciwnie, dom rodzicielski powinien korzystać z każdej nadarzającej się sposobności w codziennem życiu rodzinnem, by wpłynąć na osobiste płciowe myśli dziecka.

Dla nauczycielstwa zaś należy się postarać o odpowiednie kursa, podobnie jak dla kandydatów nauczycielskich w seminaryach i uniwersytetach.

Nie cierpiącem zwłoki jest rozpoczęcie pouczenia dojrzałej młodzieży w wyższych klasach szkół średnich, może najlepiej przez pedagogicznie wykształconych lekarzy w ramach nauki ogólnej higieny. Materyał naukowy pouczenia higieniczno-płciowego unormuje Rada szkolna krajowa stosownie do rozmaitych rodzajów szkoły i młodzieży. Powszechne zaprowadzenie lekarzy szkolnych posunęłoby całą sprawę rzeczywiście naprzód. Lekarze ci wykonywaliby obok nauki nadzór nad zdrowiem uczniów zakładu wogóle. Pozyskawszy sobie zaufanie uczniów, byliby ich doradcami higienicznymi i prawdziwymi opiekunami. We wszystkich sprawach higieny szkolnej ciało nauczycielskie pozyskałoby najlepszych informatorów przez zaprowadzenie takich lekarzy. Po tej instytucyi możemy oczekiwać wzmocnienia naszej młodzieży, chociażby przez ochronę jej od wielu zaraz i skierowanie do odpowiednich ćwiczeń fizycznych.

W omawianem, tak bardzo subtelnem zadaniu, obok rodziców, szkoły i lekarzy najważniejszy udział przypada też naszemu duchowieństwu. Wobec dotychczasowej zbawiennej pracy księży nad naszą młodzieżą szkolną musimy się zwrócić z prośbą o pomoc, tak wielce cenną a skuteczną. Duchowieństwo zna niewątpliwie tę sprawę i sądzimy, że bardzo wiele w tym kierunku zdziałać może, wpływając nietylko na młodzież, ale także i na rodziców. Nadto w szkole samej może swoją radą poprzeć działanie nauczycieli i lekarzy.

Streszczając moje wywody, dochodzę do wniosku, iż władze szkolne mogą przeciwdziałać szerzeniu się chorób płciowych między młodzieżą szkolną zapomocą następujących środków:

1) przez zaprowadzenie instytucyi lekarzy szkolnych dla nauki higieny, dla zdrowotnego nadzoru wszystkich uczniów, jakoteż dla dorady ciału nauczycielskiemu w sprawach higieny szkolnej i płciowej;

2) przez powołanie do życia osobnej stałej komisyi celem narady nad wszelkiemi sprawami, dotyczącemi higieny (płciowej), wzywając do niej przedewszystkiem duchowieństwo i ekspertów lekarzy;

3) przez wykształcenie sił nauczycielskich męskich i żeńskich w higienie szkolnej wogóle, z uwzględnieniem higieny płciowej;

4) przez systematyczne zarządzenia celem wyrabiania siły woli i charakteru uczniów obok popierania fizycznego hartowania i uodporniania wobec pokus płciowych przez ćwiczenia fizyczne, gry sportowe, zwłaszcza drużyny skautowe, kąpiele i t. d.;

5) przez zaprowadzenie co roku wykładu o niebezpieczeństwie płciowem dla uczniów starszych w porozumieniu z naszymi uniwersytetami;

6) przez wpływanie na dom rodzicielski i na utrzymują-

cych stancye dla uczniów w kierunku zasad etyczno-higienicznych dla dobra młodzieży;

7) przez urządzanie wieczorów rodzicielskich, na których wyłuszczy się zagadnienia domowego wychowania z uwzględnieniem sfery płciowej;

8) przez unormowanie w rozmaitych rodzajach szkół pouczenia dorastającej młodzieży o powadze i znaczeniu życia płciowego i chorób płciowych, jakoteż o osobistem uchronieniu się od nich, przez pedagogicznie wykształconych lekarzy lub higienicznie wykształconych nauczycieli, tak duchownych, jak świeckich, w ramach nauki ogólnej higieny.

W ten sposób, sądzę, najprędzej załatwi się etyczno-płciowe wychowanie młodzieży. Wyłączy się wpływy pobudzające zmysły, zapobiegnie się zboczeniom młodzieży w czasie dojrzewania płciowego, przestrzeże się dojrzałych przed przedwczesnemi i nadmiernemi wykroczeniami płciowemi, wytwarzając ponadto poczucie płciowej odpowiedzialności.

Oceny i sprawozdania.

Anatomia opisowa, według wykładów Dr E. Lotha napisali kandydaci medycyny W. Koskowski i K. Tyszka i słuchacz medycyny S. Bogusławski. Z zapomogi kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1915/16, zeszyt I i II.

Prawie równocześnie z II i III tomem »Anatomii człowieka« Bochenka w opracowaniu Ciechanowskiego wyszły w Warszawie z druku dwa pierwsze zeszyty anatomii opisowej, opracowane według wykładów Dr. Lotha. Pierwszy zawiera wykład wstępny Dr. Lotha o historyi anatomii, anatomię ogólną i część osteologii, drugi ciąg dalszy osteologii. W pierwszym zeszycie jest 10 tablic i 19 rysunków w tekscie, w drugim 149 rysunków cynkograficznych. Sądząc z treści pierwszych zeszytów, całość zakrojona jest na jakie 8 do 10 zeszytów, każdy po 7 arkuszy druku, a więc na dzieło wcale pokaźne.

Pod względem wyposażenia wydawnictwo nie da się porównać z »Anatomią człowieka« Bochenka. Treść bardzo zwięzła, sprawia wrażenie raczej skryptów lub repetytoryum, niż podręcznika i jest skutkiem tego miejscami niejasna, ale zawiera zresztą wszystko to, co młody medyk powinien wiedzieć. Mianownictwo w wielu razach odbiega od tego, które u nas weszło w użycie. Najgorzej wyszła strona rysunkowa. Rysunki histologiczne i embryologiczne na tablicach są jeszcze niezłe, ale wprost złe są często rysunki anatomiczne, jak n. p. na tablicy X i rysunki 110, 111, 129, 138 i 163. Z trudem tylko rozpoznać można, co przedstawiają.

Mimo tego podręcznik ma zapewnione powodzenie, bo każdy słuchacz Uniwersytetu Warszawskiego, mając do wyboru podręcznik swego profesora i obcy, woli nabyć pierwszy. Będzie on i krótszy i tańszy, ponieważ cena jego, sądząc z ceny 1·50 Rs zeszytu II, wyniesie mniej więcej 12—15 Rs., a co najważniejsze, podręcznik będzie zapewne całkowity.

Mając już jeden podręcznik, lepiejby było brakujące jego części uzupełnić, zamiast robotę rozpoczynać od początku. Tym sposobem zużywa się siły, u nas i tak nieliczne, do tej samej pracy, gdy mogłyby być one wyzyskane na innem polu, a podział pracy i umiejętny rozdział funduszów jest w obecnych czasach więcej niż kiedykolwiek wskazany. Hoyer.

E. Loth. **Wskazówki do preparowania anatomicznego narządów wewnętrznych.** I Krtań. II Trzewa klatki piersiowej (situs thoracis). Warszawa 1916. Wydawnictwo »Gazety lekarskiej«.

Jeżeli wydanie nowego podręcznika anatomii uważam za zbyteczne, to natomiast bardzo pochwalam myśl wydawania wskazówek do preparowania, z których ukazały się dotychczas dwa zeszyty, mianowicie preparacya krtani i trzew klatki piersiowej. W r. 1871 wydane tłomaczenie wskazówek Budgego jest przestarzałe i wyczerpało się. Zaszła więc potrzeba wydania nowych wskazówek, z pomocą których słuchacze i bez pomocy czynnej mogliby korzystać z prosektoryum. Jest to rzeczą dydaktycznie bardzo ważną, bo zniewala słuchacza do poważnej pracy, natomiast pomoc, udzielana przez asystenta, robotę zbyt mu ułatwia.

Wskazówki Lotha dają o wiele więcej, niż domyśla się czytelnik z tytułu, ponieważ nietylko wskazują, jak z danym preparatem postąpić, aby poznać jego anatomię, lecz obejmują także wszystko to, co znajduje się w otoczeniu właściwego preparatu i na co słuchacz, jako na rzecz zbyteczną, zwykle nie zwraca uwagi.

Dla lepszej oryentacyi dodane są rysunki, w I zeszycie 3, w II 17, a nowością, zresztą bardzo przydatną w tego rodzaju wydawnictwie, są rentgenogramy, jak n. p. w zeszycie II zdjęcie klatki piersiowej.

Z tych zeszytów zbierze się z czasem bardzo ładna całość, która dla słuchaczy będzie wielce pożyteczna. Hoyer.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 6. XII. posiedzenie, na którem Dr Artwiński, Blassberg, Oszacki i Radliński przedstawili przypadki chorobowe, poczem doc. Dr Koźniewski miał wykład o chorobach wskutek wadliwego odżywiania. W dyskusyi przemawiali prof. Kader, Latkowski, Dr Blassberg, Oszacki, Wilczyński.

— Ministerstwo oświaty zatwierdziło uchwałę Wydziału lekarskiego, przyznającą doc. Dr Franciszkowi Czubalskiemu »veniam legendi« z zakresu fizyologii na Uniwersytecie krakowskim. Jak wiadomo, objął doc. Czubalski od jesieni wykłady fizyologii w Uniwersytecie warszawskim.

— Zastępstwo w wykładach fizyologii w Krakowie na czas rekonwalescencyi prof. Dr Cybulskiego poruczył Wydział lekarski doc. Dr M. Seńkowskiemu.

— Otrzymujemy następującą odezwę:

»II. wydanie podręcznika chirurgii szczegółowej Antoniego i Ludwika Rydygiera przygotowane i druk rozpocznie się zaraz po ukończeniu wojny ze względu na koszta obecnie wygórowane. Literatura ojczysta ma być w najszerszych granicach uwzględnioną. Jeżeli inne narody z krzywdą naszą nieraz nasze prace czy przypadkiem, czy z umysłu pomijają, to tem większy mamy obowiązek przedewszystkiem własną pracę naukową uwzględniać. Uprasza się więc wszystkich autorów polskich, chirurgów, o łaskawe nadesłanie swych ważniejszych prac pod adresem: L. Rydygier, Lwów, ul. Mickiewicza 14, żeby nie mogło się wydarzyć mimowolne opuszczenie. Uprasza się inne pisma polskie o łaskawe podanie tej odezwy do wiadomości«.

— Zmarły w Krakowie w r. 1915 ś. p. Seweryn Kisielewski zapisał miastu 33.000 koron na zwalczanie gruźlicy i pokrewnych chorób w mieście Krakowie i najbliższej okolicy.

— Dzienniki donoszą, że Galicyjskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża urządza w Lublinie biuro, które obejmie kierownictwo szpitali tegoż Towarzystwa, działających w części Polski, okupowanej przez Austryę. Towarzystwo to utrzymuje tam 3 szpitale rezerwowe, 4 epidemiczne i pewną liczbę kolumn szczepiących.

Zmarli: Dr Jarosław Wachnianin w Rawie ruskiej, Dr Władysław Żenczykowski i Dr Józef Dymnicki w Warszawie, Dr Jan Szawłowski, profesor anatomii w Akademii wojennolekarskiej w Petersburgu, Dr Edward Bodyński, lekarz sztabowy, w 42 r. ż. we Lwowie, Dr Kazimierz Miszke w 45 r. ż. w Jaworznie, Dr Mieczysław Kaufman w Łodzi, chirurg Doyen w Paryżu.

Redakcya otrzymała: Rzętkowski: 1) O zawartości cukru we krwi w stanach dusznościowych. 2) O własnościach chemicznych zawartości żołądkowej w ostrym toksycznym katarze żołądka. 3) O udziale czerwonych krążków krwi w przemianie białka. (Gaz. lek. 1915 i 1916). 4) O zawartości azotu formolowego we krwi odbiałczonej. (Sprawozd. Tow. nauk. warsz. 1916). 5) Badania nad zachowaniem się kwasów aminowych w ustroju ludzkim. Warszawa 1916. (Z zapomogi kasy im. Mianowskiego). Stron 223+XLIII. Cena złotych 20. — Teodor Heiman: Etyka lekarska i obowiązki lekarza (deontologia). Warszawa 1917, str. 569. — Serkowski: Die Peptonprobe in der Milch. (Deutsche med. Wochenschr. 1916). — Świt, miesięcznik poświęcony walce z alkoholizmem. Nr 154. — Karol Mayer: Radyologiczne rozpoznawanie różniczkowe chorób serca i aorty z uwzględnieniem własnych metod badania (z 38 rycinami). Kraków 1916, str. 89.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w listopadzie i grudniu 1916.

Gazeta lek. Nr 20 (46) — 23 (49). Euf. Herman: O rzadziej spostrzeganych objawach — białkomoczu, wymiotach krwawych oraz osobliwie przebiegających drgawkach ograniczonych — w przypadku guza mózgu (20—21). — Bieliński: Służba zdrowia w armii polskiej (dok. 22). — Wł. Sterling: O aurze porażeniowej padaczki samoistnej i o znikaniu objawów porażeniowych pod wpływem napadów drgawkowych (21). — Koskowski: Zahamowanie odczynów skórnych po tuberkulinie w chorobach zakaźnych, w szczególności w durze plamistym. (22). — Tyszka: Odczyn opaskowy w tyfusie plamistym (23). — Bączkiewicz: Organizacye lekarskie w zakresie działalności Komitetu obywatelskiego m. Warszawy (23).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 46—49: Borsuk: Przypadek resekcyi żołądka z powodu raka (46). — Kopytowski (dok. 47). — Jaworski (dok. 46). — Pręgowski: W sprawie leczenia t. zw. otępienia wczesnego (47—48). — Dobrzyński: Wydziały mieszkaniowe przy zarządach miast (47). — Al. Sterling i St. Sterling: O tak zw. chorobie puchlinowej (48—50). — Biehler: W sprawie kursów uzupełniających dla lekarzy szkolnych; projekt programu wykładów (49).

Zdrowie Z. 11: Jaworski: Podstawy organizacyi sanitarnej w różnych krajach i Krajowa Rada zdrowia. — Dobrzyński: Kilka ważnych zadań w związku z reformą mieszkaniową. — Rychłowski: Wydział hydrologiczny Warszawskiego Towarzystwa higienicznego.

Nowiny lekarskie Nr 3 i 4. Zeszyt jubileuszowy, poświęcony Dr F. Chłapowskiemu i Dr H. Święcickiemu. — Życiorysy Jubilatów. — K. Dziembowski: Wagotonia. — Panieński: O nowoczesnych badaniach i leczeniu chorób nerkowych. — Szuman St.: Przypadek psychastenii. — Łazarewicz: O leczeniu porażenia (niedowładu) jelit, mianowicie po operacyach brzusznych. — Karwowski: Przyczynek do leczenia pęcherzycy przewlekłej. — Gantkowski: Kilka uwag o usypianiu ogólnem przez wziewanie. — Mieczkowski: O tak zwanym pierwotnym raku kości. — Pawlicki: Przyczynek do leczenia złamań kości. — Parczewski: Resekcya i zeszycie wspólnej tętnicy szyjnej. — Wierzejewski: O stawach wiotkich. — Cetkowski: O krwawem uruchomieniu kostnie zesztywniałych stawów. — Semerau: O niemiarowości ciągłej tętna, jako głównym objawie zaburzenia czynności serca, wywołanej migotaniem przedsionków i jej leczeniu.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.